

Zytologie - Urologie

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: _____

 Geschlecht: Mann Frau

 ambulant stationär

 Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

Klinische Angaben / Diagnosen / bisherige Therapie

Klinik:

 Mikro- Makrohämaturie-Abklärung

 Tumornachsorge bei St. n. Urothelkarzinom der Harnblase pTa pT1 Cis LG HG

 St. n. BCG-Therapie. Letzte Gabe: _____

 anderes: _____

Zystoskopiebefund:

 unauffällig Rötung

 papillärer Tumor nicht-papillärer Tumor

 anderer Befund: _____

 Schnellbeurteilung: Ja Telefon-Nr.:

Organ / Lokalisation (z.B. FNP, Sekret):
Vom Institut für Pathologie auszufüllen:
 Spülzytologie der Harnblase

 Spontanurin

 Spülzytologie Harnleiter

 Spülzytologie Nierenbecken