

Gesundheit Nord gGmbH
Klinikum Bremen-Mitte
Zentrum für Pathologie
Chefarzt Dr. S. Hakroush

St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896
E-Mail: pathologie@klinikum-bremen-mitte.de

MVZ Fachärzteezentrum Hanse GmbH
Fachbereich: Pathologie

St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896
E-Mail: pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de

Patientendaten (Aufkleber):

Station: _____

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Auftraggeber / Praxisstempel

Stationär:

Privat: (Bitte Adresse angeben!)

Ambulant: (Bitte Überweisung beifügen!)

Klinische Diagnose und Fragestellungen:

Material

Exfoliativ:

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ascites | <input type="checkbox"/> Blasenspülflüssigkeit | <input type="checkbox"/> Bronchialsekret | <input type="checkbox"/> Gelenkerguss |
| <input type="checkbox"/> Liquor | <input type="checkbox"/> Mammasekret | <input type="checkbox"/> Pericarderguss | <input type="checkbox"/> Pleuraerguss |
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Urin | | |

Punktat:

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Dickdarm | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Halszyste |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Lunge perthorakal | <input type="checkbox"/> Lunge transbronchial | <input type="checkbox"/> Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Mamma | <input type="checkbox"/> Mediastinum | <input type="checkbox"/> Milz |
| <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Ovar | <input type="checkbox"/> Pankreas | <input type="checkbox"/> Pleuraraum |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Retroperitoneum | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Speicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Tonsille | <input type="checkbox"/> Weichteile | | |

Abstrich:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchus | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Mundhöhle | <input type="checkbox"/> Oesophagus |
|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|

Zuständiger Arzt

Telefon/ Pieper

Datum, Unterschrift

Dokumentenstatus: Freigegeben	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 04.03.2025
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis: 04.03.2025
Geprüft von:	Dateiname: 15b Antrag auf zytopathologische Begutachtung
Freigegeben von	Seite 1 von 1