

**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](mailto: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](mailto: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: <b>Freigegeben</b>	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