

**E-Nr.:**

**Institut für klinische Pathologie**  
 Leitung: Prim. Dr. Rene Silye  
 Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck  
 Tel.: 050554-71-26351; Fax: 050554-71-26304

## Histologisch-zytologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

**Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!**

<b>ZuweiserIn</b> (inkl. Tel.) (Stempel)		<b>zusätzl. BefundempfängerIn:</b> (Name & Adresse)			
<b>PatientIn:</b> (Etikett/ Name & Adresse)		<b>Geburtsdatum:</b> _____			
		<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> k.A.			
		<b>AZ:</b>		<b>SV-Nr.:</b>	
		<b>Kasse:</b>			
<b>Probenabnahmedatum:</b>			<b>Anmerkung:</b>		
<b>Gewinnungsart</b>	<b>Materialnr.</b>	<b>Gewinnungsart</b>	<b>Materialnr.</b>	<b>Gewinnungsart</b>	<b>Materialnr.</b>
Absaugung	_____	Abtragung	_____	Operation	_____
Lavage/Spüfl.	_____	Feinnadelpunktion	_____	Probeexcision	_____
Spontan	_____	Punktion (Körperhöhlen)	_____	Excision	_____
Exprima	_____	TUR	_____	Stanze (____mm)	_____
Bürstenabstrich	_____	Curettag	_____	Amputation	_____
Abstrich	_____	Konisation	_____	Excochleat	_____

**MATERIAL:**

(Bitte die Materialnummer bei der zugehörigen Gewinnungsart eintragen)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**WEITERE MATERIALNUMMERN:**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**KLINISCHE ANGABEN** (bitte klinische Diagnose und Fragestellung angeben):

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Arzt/Ärztin**