



Patient
Name

Vorname

Geb. Datum W M Patienten ID

Strasse, Nr.

Adresszusatz

PLZ Ort

Pathologie

Einsender

Musterformular

Auftragsbarcode
4

Es gelten unsere AGB auf www.medisyn.ch/AGB

Dringende Analysen (Notfälle):

Behandelnder Arzt Direkt Tel.

zusätzliche Befundübermittlung

Teilbefund erwünscht Telefon

Kopie an Patient Fax

Kopie an andere Ärzte:

Abrechnung

Automatische Abrechnung an Krankenkasse (wenn unzustellbar an Patient)

Andere Einsender Unfallversicherung Patient

Name Versicherung / Andere, Strasse, PLZ Ort

Versicherten-Nummer

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft SSW + Tag	Körpergewicht in kg	Körpergrösse in cm

Visum	Entnahmedatum	Entnahmezeit

Klinische Angaben / Diagnostische Fragestellung



Biopsie

Art des Materials: intraoperativer Schnellschnitt Biopsie Ektomie / Ablatio / Amputation Curettagematerial

Organ / Topographie:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

Zytologie

Gynäkologische Zytologie

Gynäkologie

letzte Periode	.....	Hormontherapie	.....
Strahlentherapie	.....	Chemotherapie / Op Befund	.....
<input type="checkbox"/> Portio	<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Vulva	
<input type="checkbox"/> Zervikalkanal	<input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> HPV-Genotypisierung	
		<input type="checkbox"/> HPV-Genotypisierung ohne Zytologie	
		<input type="checkbox"/> CiNtec PLUS (p16/Ki-67)	

Sekret:	<input type="checkbox"/> Bronchien	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Mamille	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Körperflüssigkeit:	<input type="checkbox"/> Aszites	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Abdominal			<input type="checkbox"/> Nierenbecken
	<input type="checkbox"/> Spontanurin	<input type="checkbox"/> Harnblase	<input type="checkbox"/> Sonstiges			.....
	<input type="checkbox"/> Harnleiter	<input type="checkbox"/> Liquor				
Bürstenzytologie:	<input type="checkbox"/> Bronchien	<input type="checkbox"/> Oesophagus	<input type="checkbox"/> Dickdarm, Rektum			<input type="checkbox"/> Papilla Vateri
	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Choledochus	<input type="checkbox"/> Sonstiges			.....
	<input type="checkbox"/> Auge					
Feinnadelpunktion:	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Ovar	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li
	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Speicheldrüse		<input type="checkbox"/> Lunge		<input type="checkbox"/> Lymphknoten
	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Mediastinum		<input type="checkbox"/> Sonstiges		.....

Bronchoalveoläre Lavage

<input type="checkbox"/> Instillierte Flüssigkeit	..... ml		
<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsrückgewinn	..... ml		
<input type="checkbox"/> Raucher pack years	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	
<input type="checkbox"/> Immunsuppression / wegen	<input type="checkbox"/> HIV positiv	
<input type="checkbox"/> i.v. Drogenabus	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	.....
<input type="checkbox"/> Erreger	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> TBC
		<input type="checkbox"/> RSV	<input type="checkbox"/> Legionella
		<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Adenoviren
<input type="checkbox"/> H/S-Quotient (CD4/CD8-Ratio)			