

# Anmeldung zur Feinnadelpunktion

**adresse einsender/in**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**patientenangaben**

name \_\_\_\_\_  
 vorname \_\_\_\_\_  
 geburtsdatum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_  
 geschlecht  W  M  
 strasse \_\_\_\_\_  
 plz/ort \_\_\_\_\_

kopie an: \_\_\_\_\_

rechnung an  patient  arzt  kk  spital

vereinbarter termin \_\_\_\_\_

telefonnummer des patienten \_\_\_\_\_

patient bitte aufbieten

feinnadelpunktion

lymphknoten

schilddrüse, EU-TIRADS kategorie \_\_\_\_\_

speicheldrüse

\_\_\_\_\_

lokalisierung des befundes bitte genau angeben



**klinische angaben/differentialdiagnose:**

**lokalisierung:**

① \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

frühere zytologie/histologie (institut, jahr, nr.): \_\_\_\_\_  photo  als beilage  per e-mail

**bitte senden sie uns**

einsendegefässe (ohne formalin):  klein (5ml)

mittel (40ml)

objektträger

einsendeformulare

einsendetüten

onlinebestellung: [www.kempf-pfaltz.ch](http://www.kempf-pfaltz.ch)