

# Anforderung für histologische und zytologische Untersuchung

Praxisstempel/Datum/Unterschrift

**ViS Patho**  
TIERPATHOLOGIE  
**LEIPZIG**

Postfach 30 14 53

D - 04254 Leipzig

Tel 0341 241 39 60

Fax 0341 241 39 59

Kurierdienst-☎: wird eingerichtet

[info@tierpathologie-leipzig.de](mailto:info@tierpathologie-leipzig.de)

[www.tierpathologie-leipzig.de](http://www.tierpathologie-leipzig.de)

## Patientenbesitzer

Name, Vorname.....

Str-Nr. ....

PLZ, Ort.....

Tierart/Rasse..... Alter.....

**Geschlecht:**  ♀  ♂  kastriert, wann?..... Rezidiv  ja / Diagnose .....  nein  
**Befundmitteilung:**  kurz  ausführlich  per Fon  per Fax  per Post  per E-Mail

Hautbiopsie / FNA (s. unten)

**NEU!**

PCR Dermatophyten (alle Spezies) 20 €

### Klinischer Befund:

**Pruritus:**  keiner  mäßig  hochgradig

**Alopezie:**  lokal  diffus  symmetrisch

**Flohbefall:**  nein  ja (letzter Befall)

**Art der Veränderung:**  Makula  Papel  Knoten

Vesikel  Hyperpigmentation  Hypopigmentation

Pustel  Erosionen  Schuppen  Krusten

Ulzeration  Komedonen  adipös

### Andere Laborbefunde:

Parasitologie:.....

Bakteriologie/Mykologie:.....

Blutbild:.....

Hormonstatus:.....

Allergietest:.....

Bisherige Therapie:.....

Tumor / Organ (s. unten),  ggf. Immunhistologie

**Klinischer Befund/Diagnose**.....

.....

.....

Seit wann beobachtet?:.....

Entnahme am: ..... Größe:.....

### Vorliegende Einsendung ist:

komplett  Tumorteil

solitär  multipel

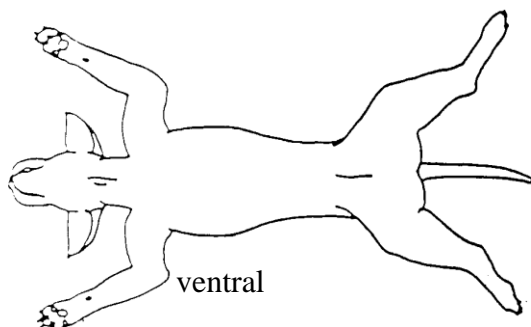
Kapselbildung  keine Kapsel

Verdacht auf Metastasen:  ja  nein

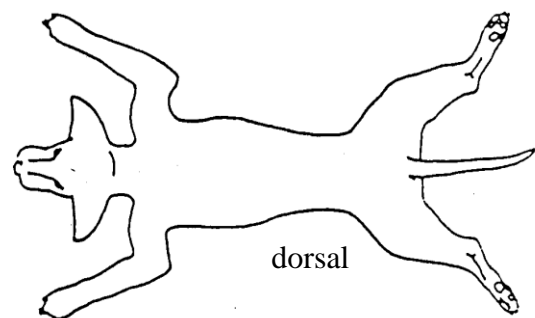
Reaktion der regionalen Lymphknoten: ja/nein

Röntgenaufnahme Thorax:  ja  nein

## GENAUE LOKALISATION DER VERÄNDERUNGEN SOWIE ENTNAHMESTELLEN DER PROBE IM SCHEMA EINZEICHNEN!



ventral



dorsal

## WEITERE MITTEILUNGEN (bitte wenden!)

Bitte um Zusendung von Fixationsmedium und Versandmaterial !