

TIERHALTER		TIERARZT STEMPEL		BERICHT PER		BARCODE	
Name				<input type="checkbox"/> Express (CHF 5.-) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-Mail		<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; text-align: center;">Bitte hier aufkleben</div>	
Strasse							
PLZ	Ort						
				<b>RECHNUNG AN</b> <input type="checkbox"/> Tierhalter <input type="checkbox"/> Tierarzt			

PATIENTENDATEN		MATERIAL		PROBENEINGANG IM LABOR			
<input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="checkbox"/> Katze		<b>ZYTOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Punktatsflüssigkeit <input type="checkbox"/> BAL/TBS <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Ausstrich <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Geschabsel <input type="checkbox"/> Von Abklatsch/Tupfer/Cytobrusch <input type="checkbox"/> Anderes: _____		<b>HISTOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> Tumor/Knoten <input type="checkbox"/> Exzision <input type="checkbox"/> Inzision <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Organe, welche: _____			
Name							
Rasse							
Alter							
Geschlecht <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> kastriert Mikrochip Nr.							

ANAMNESE / KLINIK (SYMPTOMATIK, VERLAUF)		ENTNAHMEDATUM	
bei Bedarf bitte auch Rückseite verwenden  Regionale Lymphknoten: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> vergrößert  Frühere histolog. Untersuchungen / Diagnose:		Datum, Nr.:	
		Dauer und Ansprechen:	
Vorangegangene Behandlung / Verdachtsdiagnose:		<b>EV. VORHANDENE BEFUNDE</b>	
		<b>ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN</b> <input type="checkbox"/> Punktatprofil I (Zyto, TP, SG) <input type="checkbox"/> Punktatprofil II (Zyto, TP, SG, Bakt. US) <input type="checkbox"/> Bakteriologie <input type="checkbox"/> Mykologie <input type="checkbox"/> (Ekto-) Parasiten <input type="checkbox"/> Allergietests <input type="checkbox"/> Blutbild <input type="checkbox"/> Endokrinologie <input type="checkbox"/> andere: _____	

ZYTOLOGIE / HISTOLOGIE <i>dermatologische Untersuchung s. Rückseite</i>				Bitte zeichnen Sie die Lokalisation der Veränderungen und die Entnahmestelle(n) auf den Abbildungen ein!			
Anzahl eingesandter Proben:		Probematerial:		<input type="checkbox"/> ganz exzidiert <input type="checkbox"/> vollständige Einsendung <input type="checkbox"/> teilexzidiert <input type="checkbox"/> Teileinsendung		dorsal <span style="float: right;">ventral</span>	
<b>ART DER VERÄNDERUNG</b> Grösse in cm: _____ Form: _____ Farbe: _____							
Konsistenz: <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> weich							
Oberfläche: <input type="checkbox"/> glatt <input type="checkbox"/> rau <input type="checkbox"/> ulzeriert <input type="checkbox"/> verschieblich <input type="checkbox"/> nicht verschieblich <input type="checkbox"/> gut abgrenzbar <input type="checkbox"/> infiltrativ							
Bei Hauttumoren: <input type="checkbox"/> intrakutan <input type="checkbox"/> subkutan							
WEITERE BEMERKUNGEN				Profil <span style="float: right;">Profil</span>			
				Rx <span style="float: right;">Lx</span>			



# DERMATOLOGIE zusätzliche Informationen

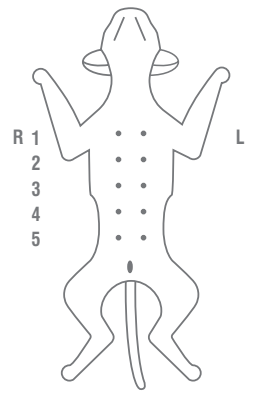
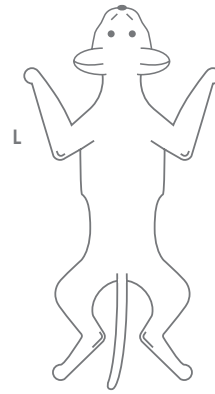
Bitte zeichnen Sie die Lokalisation der Veränderungen und die Entnahmestelle(n) auf den Abbildungen ein!

## ART DER LÄSION

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erythem        | <input type="checkbox"/> Purpura           | <input type="checkbox"/> Makula           |
| <input type="checkbox"/> Vesikel        | <input type="checkbox"/> Blase/Zyste       | <input type="checkbox"/> Pustel           |
| <input type="checkbox"/> Quaddel        | <input type="checkbox"/> Papel             | <input type="checkbox"/> Verdickung       |
| <input type="checkbox"/> Wucherung      | <input type="checkbox"/> Knoten            | <input type="checkbox"/> Warze            |
| <input type="checkbox"/> Schuppen       | <input type="checkbox"/> Krusten           | <input type="checkbox"/> Komedone         |
| <input type="checkbox"/> Erosion        | <input type="checkbox"/> Ulzeration        | <input type="checkbox"/> Lichenification  |
| <input type="checkbox"/> Fissur         | <input type="checkbox"/> Hyperkeratose     | <input type="checkbox"/> Hypopigmentation |
| <input type="checkbox"/> Alopezie       | <input type="checkbox"/> Hyperpigmentation | <input type="checkbox"/> Hypopigmentation |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ |  |   |

dorsal

ventral



## WEITERES

- |                        |   |  |                               |   |
|------------------------|---|--|-------------------------------|---|
| <b>Verteilung:</b>     | <input type="checkbox"/> symmetrisch          | <input type="checkbox"/> nicht symmetrisch |                               |   |
| <b>Beschaffenheit:</b> | <input type="checkbox"/> nässend              | <input type="checkbox"/> trocken           |                               |   |
| <b>Juckreiz:</b>       | <input type="checkbox"/> ja                   | <input type="checkbox"/> Intensität: _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> saisonabhängig |
|                        | <input type="checkbox"/> Ektoparasiten: _____ |  |                               |   |

Profil



Bemerkungen:

- |                                    |  |                               |
|------------------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Auftreten der Primärläsion:</b> |  |                               |
| Frühere Hautprobleme:              | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Andere Tiere betroffen?            | <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ | <input type="checkbox"/> nein |

## BEMERKUNGEN / BESONDERE WÜNSCHE

### LABORVERMERKE



**S** SCHWEIZERISCHER PRÜFSTELLENDIENST  
**T** SERVICE SUISSE D'ESSAI  
**S** SERVIZIO DI PROVA IN SVIZZERA  
**S** SWISS TESTING SERVICE

**IDEXX**  
LABORATORIES

**IDEXX Diavet**

