



Untersuchungsanforderung THORAX-Biopsie

Medizinische Universität Graz

| | |
|---|--|
| Patientendaten Familienname: Vorname: m/w: Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.: AZ/Fallzahl: | Einsenderangaben/Stempel Arzt/Ärztin: Klinik/Abteilung: Tel.Nr.: Datum: Unterschrift: |
|---|--|

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse **Behandlung:** stationär ambulant

Datum/Zeit der Entnahme:
 Schnellschnitt Routinediagnostik

Fixierung: 10% neutral gepuffertes Formalin (= 4% Formaldehydlösung) unfixiert (nativ) Andere Fixierung:

Beginn der Fixierung Uhr oder **bei Paraffinblock:** Dauer der Fixierung Std.

Pathologie
 Eingangsdatum/-zeit

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE

| Lokalisation | Lokalisation | Art des Untersuchungsmaterials |
|--|--|--|
| I <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Hauptcarina <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen | <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS |
| II <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Hauptcarina <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen | <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS |
| III <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Hauptcarina <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen | <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS |

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Klinische Daten:

| | | |
|---|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Frühere Diagnostik an diesem Tumor | Welche Diagnose: | Wo: |
| <input type="checkbox"/> Neoadjuvante Therapie | Datum der letzten Dosis: | |
| <input type="checkbox"/> Andere Tumorerkrankung | Welche: | Wann: |
| <input type="checkbox"/> Andere zugrundeliegende Erkrankung | Welche: | |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation | Welche: | Wann: |
| <input type="checkbox"/> Immunsuppression | Welche: | Wann: |