



Untersuchungsanforderung THORAX-Zytologie

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.

Lokalisation	Art des Untersuchungsmaterials	
I <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <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"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
II <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <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"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
III <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <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"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
IV <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <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"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
V <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <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"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat

Pathologie
 Eingangsdatum/-zeit

 E-Nr.
 BARCODE
 E-Nr.
 BARCODE
 E-Nr.
 BARCODE
 E-Nr.
 BARCODE
 E-Nr.
 BARCODE

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: