



Untersuchungsanforderung THORAX-Lymphknoten

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:

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

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

Art des Untersuchungsmaterials:

Lymphknoten – THORAKAL-Levels:

Gefäß-Nr.		L	R	Gefäß-Nr.		L	R
___	L.1 Untere zervikale, supraklavikuläre, sternalgrubale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	L.10 Hiläre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L. 2 Obere paratracheale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	L.11 Interlobare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.3 Prävasculäre und retrotracheale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	L.12 Lobare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.4 Untere paratracheale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	L.13 Segmentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.5 Subaortale (aorto-pulmonales Fenster)	<input type="checkbox"/>		___	L.14 Subsegmentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.6 Paraaortale (aufsteigende Aorta oder phrenisch)	<input type="checkbox"/>					
___	L.7 Subcarinal	<input type="checkbox"/>					
___	L.8 Paraösophageale (unter Carina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
___	L.9 Pulmonale Ligament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Lymphknoten – ZERVIKAL-Levels:

Gefäß-Nr.		L	R	Gefäß-Nr.		L	R
___	L.IA Submentale (Untergruppe IA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
___	L.IB Submandibuläre (Untergruppe IB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
___	L.II Obere Juguläre (Untergruppe IIA und IIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Diaphragmatische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.III Mittlere Juguläre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Parakardiale	<input type="checkbox"/>	
___	L.IV Untere Juguläre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Lnn gastrici sin.	<input type="checkbox"/>	
___	L.V Hintere Dreieck (Untergruppen VA and VB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Lnn hepatici comm.	<input type="checkbox"/>	
___	L.VI Vordere (Zentrale) Kompartiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Lnn splenici	<input type="checkbox"/>	
___	L.VII Obere Mediastinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Lnn coeliaci	<input type="checkbox"/>	

Anderes Probenmaterial:

Pathologie
Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Klinische Diagnosen/Fragestellungen: