Diagnostik- & Forschungs-
Institut für Pathologie
Neue Stiftingtalstraße 6 8010 Graz
Tel.: +43 (0)316 385-71764 / Fax: +43 (0)316 385-79000

Medizinische Universität Graz

Untersuchungsanforderung THORAX-Zytologie

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

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

Organ siehe unten

Datum **Zeit** der Entnahme
…… …..... : ……

Pathologie
Eingangsdatum/-zeit
……

☐ Schnell- Zytologie ☐ Nativ für BioBank
Beginn Transport: ……:……Uhr

Organ und Lokalisation			Art des Untersuchungsmaterials	
I ☐ Lunge ☐ Pleura ☐ Mediastinum ☐ Ösophagus ☐ Lymphknoten ☐ Perikard ☐ ……	☐ links	☐ Oberlappen ☐ Unterlappen	☐ Spülung ☐ Bürste ☐ BAL	☐ EBUS-TBNA ☐ EUS-FNA ☐ FNA ☐ Punktat
	☐ rechts	☐ Oberlappen ☐ Mittellappen ☐ Unterlappen		
II ☐ Lunge ☐ Pleura ☐ Mediastinum ☐ Ösophagus ☐ Lymphknoten ☐ Perikard ☐ ……	☐ links	☐ Oberlappen ☐ Unterlappen	☐ Spülung ☐ Bürste ☐ BAL	☐ EBUS-TBNA ☐ EUS-FNA ☐ FNA ☐ Punktat
	☐ rechts	☐ Oberlappen ☐ Mittellappen ☐ Unterlappen		
III ☐ Lunge ☐ Pleura ☐ Mediastinum ☐ Ösophagus ☐ Lymphknoten ☐ Perikard ☐ ……	☐ links	☐ Oberlappen ☐ Unterlappen	☐ Spülung ☐ Bürste ☐ BAL	☐ EBUS-TBNA ☐ EUS-FNA ☐ FNA ☐ Punktat
	☐ rechts	☐ Oberlappen ☐ Mittellappen ☐ Unterlappen		
IV ☐ Lunge ☐ Pleura ☐ Mediastinum ☐ Ösophagus ☐ Lymphknoten ☐ Perikard ☐ ……	☐ links	☐ Oberlappen ☐ Unterlappen	☐ Spülung ☐ Bürste ☐ BAL	☐ EBUS-TBNA ☐ EUS-FNA ☐ FNA ☐ Punktat
	☐ rechts	☐ Oberlappen ☐ Mittellappen ☐ Unterlappen		
V ☐ Lunge ☐ Pleura ☐ Mediastinum ☐ Ösophagus ☐ Lymphknoten ☐ Perikard ☐ ……	☐ links	☐ Oberlappen ☐ Unterlappen	☐ Spülung ☐ Bürste ☐ BAL	☐ EBUS-TBNA ☐ EUS-FNA ☐ FNA ☐ Punktat
	☐ rechts	☐ Oberlappen ☐ Mittellappen ☐ Unterlappen		

E-Nr. BARCODE

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Klinische Daten:

☐ Frühere Diagnostik an diesem Tumor	Welche Diagnose:	Wo:
☐ Neoadjuvante Therapie	Datum der letzten Dosis:	
☐ Andere Tumorerkrankung	Welche:	Wann:
☐ Andere zugrundeliegende Erkrankung	Welche:	
☐ Zustand nach Organtransplantation	Welche:	Wann:
☐ Immunsuppression	Welche:	Wann: