

Untersuchungsanforderung THORAX-Lymphknoten

| | |
|--|--|
| <p>Patientendaten</p> <p>Familienname:</p> <p>Vorname: m/w:</p> <p>Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:</p> <p>AZ/Fallzahl:</p> | <p>Einsenderangaben/Stempel</p> <p>Arzt/Ärztin:</p> <p>Klinik/Abteilung:</p> <p>Tel.Nr.:</p> <p>Unterschrift:</p> |
| <p>Gebührenklasse: <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse</p> | <p>Behandlung: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Organ <input type="checkbox"/> Lymphknoten (siehe unten)</p> <p>Lokalisation <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p>Untersuchungs- material: <input type="checkbox"/> Op-Präparat <input type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle</p> <p><input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere Fixierung:</p> <p>Beginn der Fixierung: Uhr</p> <p>Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std.</p> <p>Beginn der warmen Ischämie Uhr / Beginn der kalten Ischämie Uhr</p> | <p>Datum Zeit der Entnahme</p> <p>..... :</p> | <p>Pathologie</p> <p>Eingangsdatum/-zeit</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: #ccc;">E-Nr. BARCODE</p> |
|--|---|--|

Art des Untersuchungsmaterials:

| Lymphknoten – THORAKAL-Levels: | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gefäß-Nr. | | L | R | Gefäß-Nr. | | | |
| ___ | L.1 Untere zervikale, supraklavikuläre, suprasternale | <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"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | L.14 Subsegmentale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.6 Paraaortale (aufsteigende Aorta oder phrenisch) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ___ | L.7 Subcarinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ___ | L.8 Paraösophageale (unter Carina) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ___ | L.9 Pulmonale Ligament | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Gefäß-Nr. | Lymphknoten – ZERVIKAL-Levels: | L | R | Gefäß-Nr. | Lymphknoten-ABDOMINAL | | |
| ___ | L.IA Submentale (Untergruppe IA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | L R | | |
| ___ | L.IB Submandibuläre (Untergruppe IB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Diaphragmatische | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.II Obere Juguläre (Untergruppe IIA und IIB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Parakardiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.III Mittlere Juguläre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Lnn gastrici sin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.IV Untere Juguläre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Lnn hepatici comm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.V Hintere Dreieck (Untergruppen VA and VB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Lnn splenici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.VI Vordere (Zentrale) Kompartiment | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ___ | Lnn coeliaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ___ | L.VII Obere Mediastinale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Klinische Diagnosen/Fragestellungen: