

## Untersuchungsanforderung Uropathologie

**Patientendaten**

Familienname: .....

Vorname: ..... m/w: .....

Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: .....

AZ/Fallzahl: .....

**Einsenderangaben/Stempel**

Arzt/Ärztin:

Klinik/Abteilung:

Tel.Nr.:

Unterschrift: .....

**Gebührenklasse:**  Allgemein  Sonderklasse

**Behandlung:**  stationär  ambulant

**Organ**

Lokalisation: .....

**Datum** **Zeit** der Entnahme

..... : .....

**Pathologie**

Eingangsdatum/-zeit

**Untersuchungs-  
material:**

- Op-Präparat  Biopsie/Probeexzision  Nadelbiopsie  Cürettage/Pipelle

**10% neutral gepuffertes Formalin** (=4% Formaldehydlösung)

**Andere Fixierung:** .....

**Beginn der Fixierung:** .....:..... **Uhr**

**Bei Paraffinblock:** Dauer der Fixierung ..... **Std.**

**Unfixiert (nativ)**

- Schnellschnitt-Diagnostik  
 Nativ für BioBank

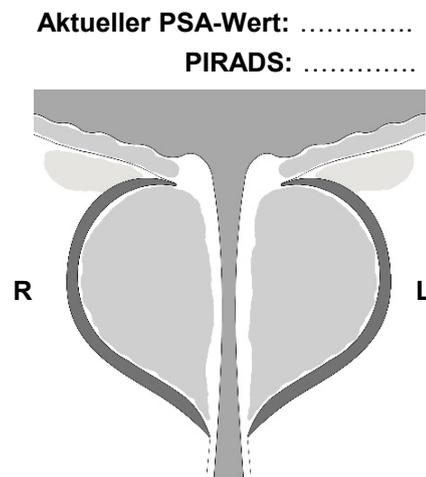
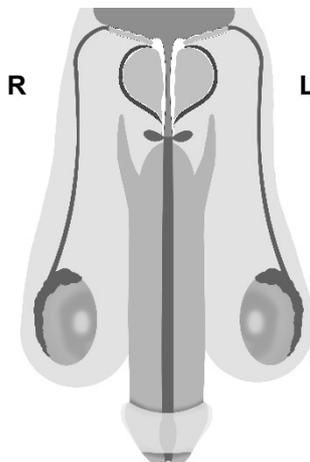
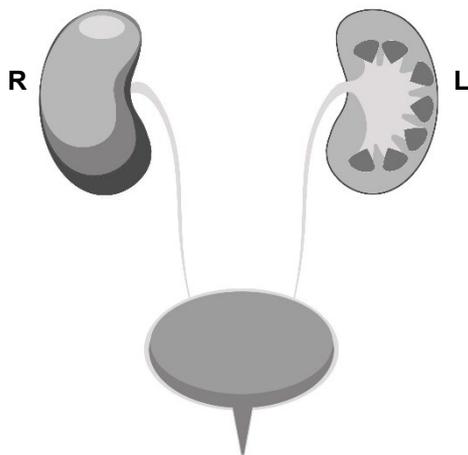
Beginn Transport: .....:..... **Uhr**

Beginn der warmen Ischämie .....:..... **Uhr** / Beginn der kalten Ischämie .....:..... **Uhr**

E-Nr.  
BARCODE

E-Nr.  
BARCODE

**Status Post:**  Chemotherapie  Radiatio  ADT  Instillation



**Klinische Diagnosen/Fragestellungen wichtige Laborparameter/  
Zystoskopischer/Radiologischer Befund:**