

Untersuchungsanforderung THORAX-Biopsie

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

Organ Lokalisation siehe unten Untersuchungs- material: <input type="checkbox"/> Op-Präparat <input checked="" type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: Beginn der Fixierung: Uhr Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std. Beginn der warmen Ischämie Uhr / Beginn der kalten Ischämie Uhr	Datum Zeit der Entnahme : : : Uhr Beginn Transport: : Uhr	Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE
---	---	---

Lokalisation		Art des Untersuchungsmaterials	
I <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Carina <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus	<input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS
II <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Carina <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus	<input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS
III <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Trachea <input type="checkbox"/> Carina <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Intermediär Bronchus <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus <input type="checkbox"/> Segmental Bronchus	<input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Kryobiopsie <input type="checkbox"/> Endobronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Transbronchialbiopsie <input type="checkbox"/> Gewebszylinder/Stanze <input type="checkbox"/> EBUS-EUS

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:	Wann:
<input type="checkbox"/> Zustand nach Organtransplantation	Welche:	Wann:
<input type="checkbox"/> Immunsuppression	Welche:	Wann:

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden