

Untersuchungsanforderung THORAX-Chirurgie

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 checked="" type="checkbox"/> Op-Präparat <input 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.	Datum Zeit der Entnahme : : :	Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE
<input type="checkbox"/> Unfixiert (nativ) <input type="checkbox"/> Schnellschnitt-Diagnostik <input type="checkbox"/> Nativ für BioBank Beginn Transport: : Uhr		
Beginn der warmen Ischämie : Uhr / Beginn der kalten Ischämie : Uhr		

Lokalisation	Operation	
ÖSOPHAGUS <input type="checkbox"/> Zervikaler <input type="checkbox"/> Mittlerer <input type="checkbox"/> Distaler -unterer thorakaler <input type="checkbox"/> GÖ- Übergang <input type="checkbox"/> Proximaler Magen/Kardia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endoskopische Resektion <input type="checkbox"/> Ösophagektomie <input type="checkbox"/> Ösophagogastrrektomie <input type="checkbox"/>	
THYMUS <input type="checkbox"/> auf Thymus begrenzt <input type="checkbox"/> auf mediastinales Fett ausgedehnt <input type="checkbox"/> Infiltriert:	<input type="checkbox"/> Thymektomie <input type="checkbox"/> Partielle Thymektomie <input type="checkbox"/>	
LUNGE <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Hauptbronchus <input type="checkbox"/> Bronchus intermedius <input type="checkbox"/> Lobär Bronchus..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wedge-Resektion <input type="checkbox"/> Sleeve-Lobektomie <input type="checkbox"/> Segmentektomie <input type="checkbox"/> Bilobektomie <input type="checkbox"/> Lobektomie <input type="checkbox"/> Pneumonektomie <input type="checkbox"/> Ergänzungs-Lobektomie <input type="checkbox"/> Große Atemwegs-Resektion: <input type="checkbox"/>	
PLEURA <input type="checkbox"/> Parietale Pleura <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Viszerale Pleura <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Diaphragma <input type="checkbox"/> Thoraxwand <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extrapleurale-Pneumonektomie <input type="checkbox"/> Pleurektomie/Dekortikation <input type="checkbox"/> Partielle Pleurektomie <input type="checkbox"/> Ausgedehnte Pleurektomie/ Dekortikation <input type="checkbox"/>	Tumor-Fokalität <input type="checkbox"/> Lokalisiert <input type="checkbox"/> Diffus <input type="checkbox"/> Tumor infiltriert:

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:	
<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