

Untersuchungsanforderung THORAX-Zytologie

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 siehe unten

<input type="checkbox"/> Schnell- Zytologie	<input type="checkbox"/> Nativ für BioBank Beginn Transport::.....Uhr
---	--

Datum Zeit der Entnahme :	Pathologie Eingangsdatum/-zeit
Organ und Lokalisation	Art des Untersuchungsmaterials
I <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
II <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
III <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
IV <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat
V <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Ösophagus <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> Perikard <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/> Spülung <input type="checkbox"/> EBUS-TBNA <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> EUS-FNA <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Punktat

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