

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: 1.2em;">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"/>		___	L.14 Subsegmentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___	L.6 Paraaortale (aufsteigende Aorta oder phrenisch)	<input type="checkbox"/>					
___	L.7 Subcarinal	<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"/>	
___	L.III Mittlere Juguläre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lnn gastrici sin.	<input type="checkbox"/>	
___	L.IV Untere Juguläre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lnn hepatici comm.	<input type="checkbox"/>	
___	L.V Hintere Dreieck (Untergruppen VA and VB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lnn splenici	<input type="checkbox"/>	
___	L.VI Vordere (Zentrale) Kompartiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lnn coeliaci	<input type="checkbox"/>	
___	L.VII Obere Mediastinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

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