

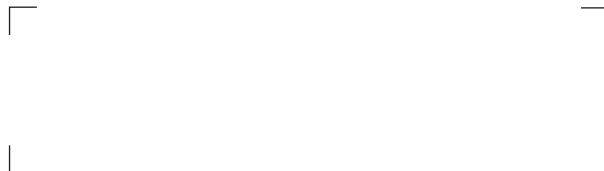
Untersuchungsauftrag für Lungenresektate



Dr. med. B. Bier
Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze
Prof. Dr. med. W. Püschel*
Dr. med. O. Scherr

Institut für Pathologie
Saarbrücken-Rastpfuhl
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 * "Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV"
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-bierscherr.de
 www.pathologie-bierscherr.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum

Anzahl der Probengefäße (bitte angeben!)

Vorbefund (H-Nr.).....

Anamnese Nikotin Asbest Silikose Sonst.

Bitte unbedingt ankreuzen!

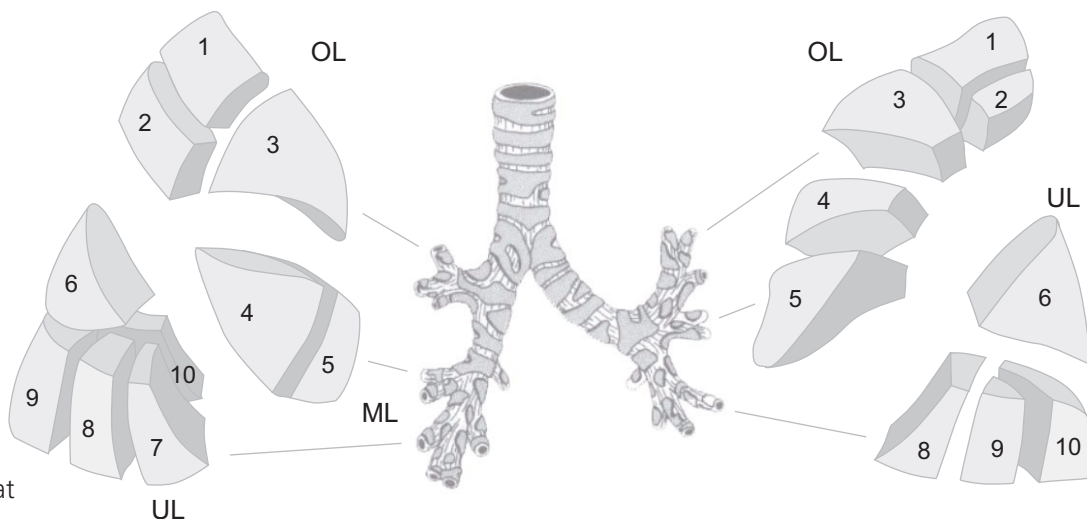
- | | | | |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Ambulant | <input type="checkbox"/> | Kasse | <input type="checkbox"/> |
| Ambulante OP | <input type="checkbox"/> | Privat | <input type="checkbox"/> |
| Stationär | <input type="checkbox"/> | Präventiv | <input type="checkbox"/> |

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei klinischem Tumorverdacht bitte: cTcN..... cM..... angeben)

Art des Untersuchungsmaterials und Tumorlokalisation

- rechts
- zentral
- links

- Pneumektomie
- Lobektomie
- Bilobektomie sup.
- Bilobektomie inf.
- Segmentresektat
- atyp. Lungenresektat
- Dekortikation
- Sonstiges.....



Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)

Weitere Angaben auf Rückseite →

Tumorgroße in cm

Entfernung zum Bronchusesektionsrand

Entfernung zur Carina.....

Infiltration in

Bronchus ja nein

- Art.pulmonalis ja nein

- Vena pulmonalis ja nein

Lymphknoten ja nein

Lymphknotenentnahme ipsilateral kontralateral

1 oberes Mediastinum

2 paratracheal

3 prätracheal, retrotracheal

4 tracheo-bronchialer Winkel

5 subaortal

6 paraaortal (Aorta ascendens)

7 subcarinär

8 paraoesophageal (unterhalb Carina)

9 Lig. pulmonale

10 Hilus

11 Intermediärbronchus

12 Lappenbronchus

13 Segmentbronchus

14 Subsegmentbronchus

Bisherige Therapie

(Zytostatika, Radiatio, Sonstige).....

Laborbefunde (oder Ausdruck beilegen)

Radiologischer Befund

Röntgen / CT / MRT / Szintigramm:

.....

.....

Daten für Abrechnung (bitte **nicht** ausfüllen!)

Immunhistologie angefordert ja nein

Zusatzfärbungen angefordert ja nein

Molekularpathologie angefordert ja nein

Stufen ja nein

Giemsa		Fe		Kongorot		Gram	
PAS		Ag		Trichrom-Goldner			
Alcian-PAS		EvG		Ziehl-Neelsen		Sonstige	