

# Untersuchungsauftrag für Lungenresektate



**Dr. med. B. Bier**  
**Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze**  
**FA K. Emrich**  
**Dr. med. C. Heinrich\***  
**Prof. Dr. med. W. Püschel\***

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

## Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie  
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie  
 \*Angestellter Arzt i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV  
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken  
 Telefon 06 81 / 99 27 110  
 Telefax 06 81 / 99 27 109  
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de  
 www.pathologie-saarbruecken.de

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

Eingangsdatum.....

Anzahl der Probengefäße  (bitte angeben!)

Vorbefunde (H-Nr.).....

Anamnese  Nikotin  Asbest  Silikose  Sonst.

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei klinischem Tumorverdacht bitte:

cT ..... cN ..... cM ..... angeben)

### Bitte unbedingt ankreuzen!

Ambulant  Kasse   
 Ambulante OP  Privat   
 Stationär

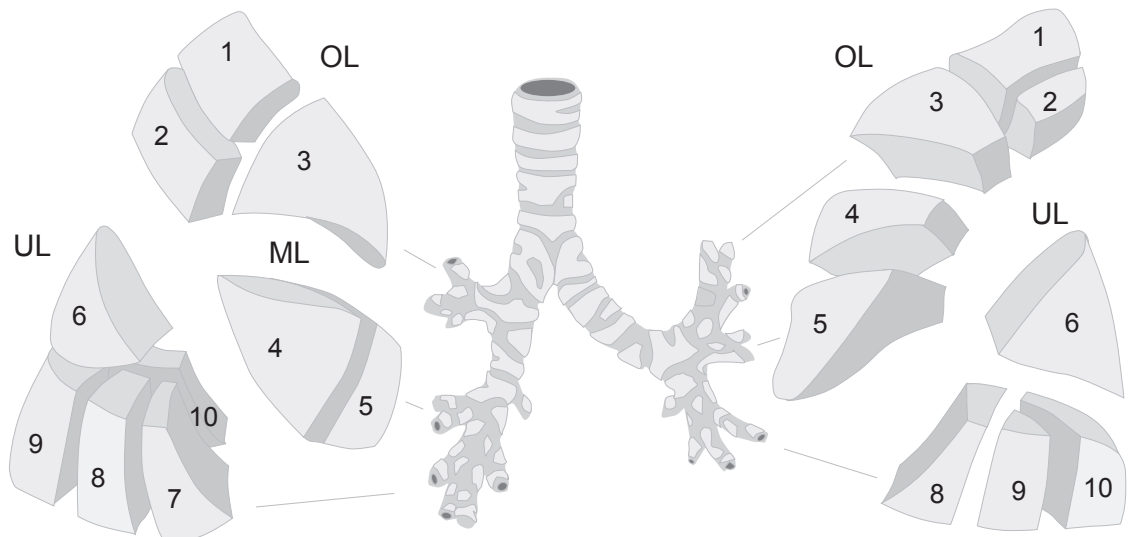
Materialannahme

Zuschneide-Ass.

Ausgabe

### 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 siehe Rückseite →