

# Untersuchungsauftrag für Lungenresektate



**Institut für Pathologie  
Saarbrücken-Rastpfuhl**

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie

Dr. med. B. Bier MIAC  
Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze MIAC

Dr. med. C. Heinrich\*  
Prof. Dr. med. W. Püschel\*  
Dr. med. K. Welte\*

\*Angestellte Ärzte i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV

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!)

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

Anamnese  Nikotin  Asbest  Silikose  Sonst.

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei klinischem Tumorverdacht bitte:

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

**Bitte unbedingt ankreuzen!**

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

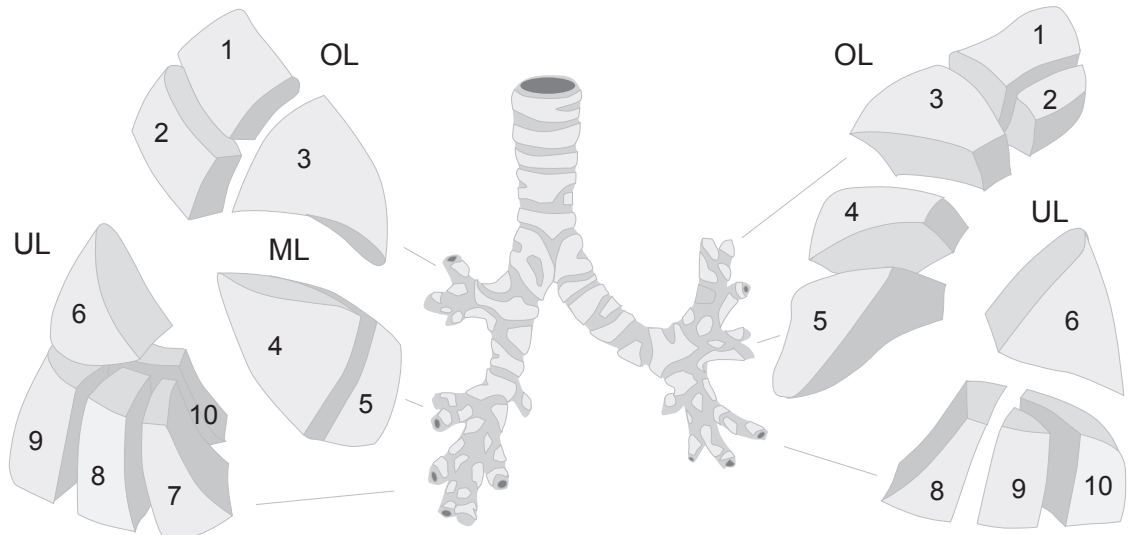
Materialannahme

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

Tumorgröße in cm.....

Entfernung zum Bronchusresektionsrand.....

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!)**

**Zuschnitt:**

aufwend. Zuschnitt

Tusche

Sägen

Makrofoto

Zellblock / Gerinnsel

Schnellschnitt

**Sonstige:**

Tel. Befunderörterung

Tumorkonferenz

**Mikroskopie:**

Materialien

Stufen

Histochemie

Entkalkung

Polarisation

Morphometrie / Mitosen

Vorsorge

Zytologie

Lymphknoten

Sent. LK

**Immunhistologie:**

**Molekularpathologie:**

Stichwortartige Begründung für erhöhten Faktor:

.....