



Patientendaten: (Etikett oder vollständig ausfüllen)		SV-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
AZ: _____		mäßiglich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Familienname: _____		ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>
Vorname: _____		Kostenträger: _____
Frühere Namen (Geburtsname/Mädchenname): _____		Vers.: Gebührenklasse A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Anschrift: _____		Zuweiserdaten: Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt: _____
Bitte frei lassen für interne E-Nummern		
CITO <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____		
Materialdaten/Lokalisation:		Anatomische Beschreibung/Position:

Klinische Angaben, Verdachtsdiagnosen, bisherige Therapie, Fragestellung:		<table border="1"> <tr> <td>N1</td> <td>Hilär Interlobär Lobär Segmental Subsegmental</td> <td>10 11 12 13 14</td> </tr> <tr> <td>N2</td> <td>Hohe Mediastinale Obere paratracheale Präavaskuläre Retrotracheale Untere Paratracheale Aortale Subaortale (aortopul. Fenster) Paraaortale Untere Mediastinale Subkarinale Paraösophageale Ligamentum pulmonale</td> <td>2 R+L 3a 3p 4 R+L 5 6 7 8 9</td> </tr> </table>	N1	Hilär Interlobär Lobär Segmental Subsegmental	10 11 12 13 14	N2	Hohe Mediastinale Obere paratracheale Präavaskuläre Retrotracheale Untere Paratracheale Aortale Subaortale (aortopul. Fenster) Paraaortale Untere Mediastinale Subkarinale Paraösophageale Ligamentum pulmonale	2 R+L 3a 3p 4 R+L 5 6 7 8 9
N1	Hilär Interlobär Lobär Segmental Subsegmental	10 11 12 13 14						
N2	Hohe Mediastinale Obere paratracheale Präavaskuläre Retrotracheale Untere Paratracheale Aortale Subaortale (aortopul. Fenster) Paraaortale Untere Mediastinale Subkarinale Paraösophageale Ligamentum pulmonale	2 R+L 3a 3p 4 R+L 5 6 7 8 9						

Probenbezeichnung im Detail:		Bitte frei lassen
Gewinnungsart angeben: z.B. *BÜ/*FNA/Punktarbeit/Lavage,...		Lokalisation - anatomisch genau
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

*BÜ = Bürste; FNA = Feinnadelaspiration