

# Antrag auf Begutachtung thorakaler Biopsien

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt · Tel. 097 21 / 2 80 82 · Fax 097 21 / 162 38

**Patient:** \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_  
Anschrift: (PLZ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Privat: \_\_\_\_\_  
ambulant: \_\_\_\_\_ stationär: \_\_\_\_\_  
Aufnahmetag: \_\_\_\_\_  
Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

**Einlauf Nr.:**

Eingegangen am:

0	_____	15	_____
2	_____	16	_____
3	_____	30	_____
4	_____	32	_____
5	_____	40	_____

Frühere histologische Einsendungen: Nr. \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

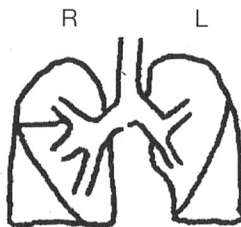
**1 Eingesandtes Material:** \_\_\_\_\_  
(Art, Entnahmestelle)

**2 Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

### Anamnestisch bekannter Tumor:

Raucher  ja /  nein Anamnest. Exposition mit \_\_\_\_\_  
Erstdiagnostik:  ja /  nein Krankheitsdauer: \_\_\_\_\_  
 Bronchialtumor  Lungenrundherd  diffuse / noduläre Verschattung li./re./bds.  
 solitär  multipel

**3 Entnahmeorte:**



Br. PE *bitte markieren*  
 transbr. PE  
 transthorak PE  
 Pleura PE  
 mediast. PE

**4 Besondere Fragestellungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einsender:** \_\_\_\_\_

Bitte Stempel!

(Unterschrift des einsendenden Arztes)