

MVZ HANSE HISTOLOGIKUM GMBH
INSTITUT FÜR PATHOLOGIE

FANGDIECKSTR. 75A
22547 HAMBURG

TEL 040 / 7070 85 100
FAX 040 / 7070 85 110
EMAIL INFO@PATHOLOGIE-HH.DE

DR. MED. B. FEYERABEND

FACHARZT FÜR PATHOLOGIE
ÄRZTLICHE LEITUNG

PROF. DR. MED. K. TIEMANN

FACHÄRZTIN FÜR PATHOLOGIE
GESCHÄFTSFÜHRERIN

Name geb.

Adresse

Versicherungsart: gesetzlich privat
Aufenthalt: ambulant stationär

Wahlarzt: ja nein
Privattarif: Normal Standard Basis

Datum/Uhrzeit Entnahme: _____

Histologie/Zytologie Untersuchungsauftrag

Einsender: Thoraxchirurgie Art des Materials/Lokalisation (→ LK-Schema siehe Rückseite):

Station:

(Verdachts-) Diagnose/Klinische Befunde/Fragestellung:

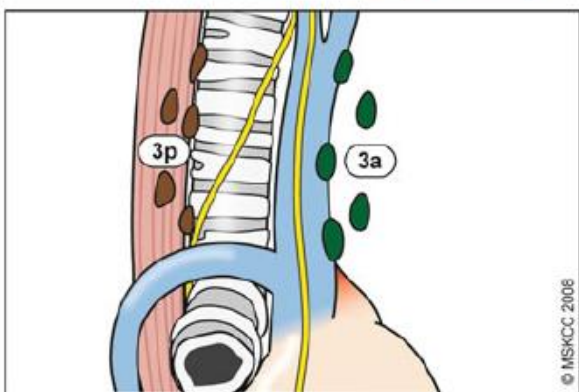
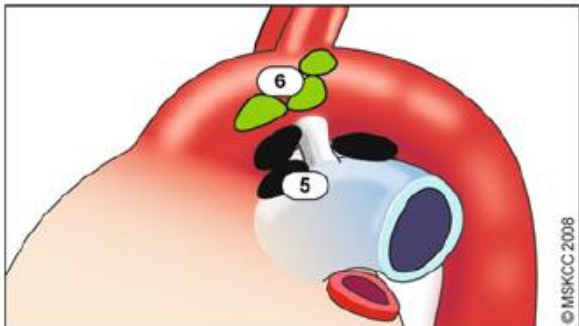
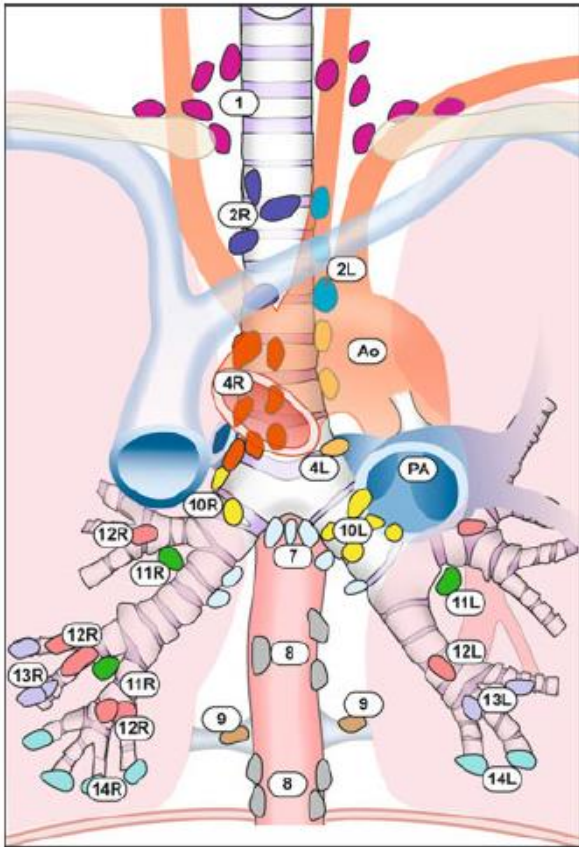
Voruntersuchung/ E.-Nr. oder
Datum:

Versandgefäße benötigt
Plastikdosen **2 kg**
1 kg
0,5 kg

Einsendescheine benötigt
Versandbeutel benötigt

Telefon

Stempel/Unterschrift des Arztes



N2 Nodes		Left	No.	Right	No.
<i>Supraclavicular zone</i>					
1	Low cervical, supraclavicular and sternal notch nodes	1 L	<input type="checkbox"/>	1 R	<input type="checkbox"/>
Superior Mediastinal Nodes					
<i>Upper zone</i>					
2	Upper paratracheal	2 L	<input type="checkbox"/>	2 R	<input type="checkbox"/>
3 a	Pre-vascular	3 a	<input type="checkbox"/>	3 a	<input type="checkbox"/>
3 p	Retrotracheal	3 p	<input type="checkbox"/>	3 p	<input type="checkbox"/>
4	Lower paratracheal	4 L	<input type="checkbox"/>	4 R	<input type="checkbox"/>
Aortic Nodes					
<i>AP zone</i>					
5	Subaortic	5	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
6	Para-aortic (ascending aorta or phrenic)	6	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Inferior Mediastinal Nodes					
<i>Subcarinal zone</i>					
7	Subcarinal	7	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
<i>Lower zone</i>					
8	Paraesophageal (below carina)	8 L	<input type="checkbox"/>	8 R	<input type="checkbox"/>
9	Pulmonary ligament	9 L	<input type="checkbox"/>	9 R	<input type="checkbox"/>

N1 Nodes		Left	No.	Right	No.
<i>Hilar/Interlobar zone</i>					
10	Hilar	10 L	<input type="checkbox"/>	10 R	<input type="checkbox"/>
11	Interlobar	11 L	<input type="checkbox"/>	11 R	<input type="checkbox"/>
<i>Peripheral zone</i>					
12	Lobar	12 L	<input type="checkbox"/>	12 R	<input type="checkbox"/>
13	Segmental	13 L	<input type="checkbox"/>	13 R	<input type="checkbox"/>
14	Subsegmental	14 L	<input type="checkbox"/>	14 R	<input type="checkbox"/>