

ILD ZENTRUM GREIFSWALD



Patientenaufkleber

An: _____

Datum: _____

Verdachtsdiagnose:

Risikofaktoren: inhalativ welche: _____

Sonstige: welche: _____

Raucher nein ja früher PY: _____

Radiologischer Befund (unverbindliche Einschätzung): _____

Histologisches/zytologisches Material:

Art der Probe: Transbronchial (Zangenbiopsie)

EBUS (FNA)

Kryo (Histologie)

Chirurgische Probe

BAL-Flüssigkeit

Ort der Probe: _____

Anzahl: _____

Qualität nach Untersuchereinschätzung: sehr gut gut limitiert

Spezielle Fragestellung: _____

BAL:

Ort: _____ Menge: _____ Recovery: _____

Qualität nach Untersuchereinschätzung: sehr gut gut limitiert

Besondere Bemerkung: _____

Spezielle Fragestellung: _____

Unterschrift: _____

Telefon: _____