

Antrag auf Analyse einer BAL

Dieses Feld bitte nicht beschriften!

Einsendende/r Arzt/Ärztin: (genaue Anschrift / Stempel)			Patient/in: (Aufkleber)	
Datum: _____ Entnahmezeit des Präparats: _____ Uhr				
Klarname des Untersuchers: _____				
Telefon: _____ Unterschrift: _____				
Stationär: Regelleistung <input type="radio"/>	Stationär: Wahlleistung Arzt <input type="radio"/> KVB Post B Knappschaft	Ambulant: Ü-Schein liegt bei <input type="radio"/>	Ambulant Privat: Rechnung an Patienten <input type="radio"/> KVB Post B Knappschaft	Ambulantes Operieren Krankenhaus: <input type="radio"/> Kassen-Nr.: _____

Voruntersuchung? (Nr., Datum)

Klinische Verdachtsdiagnose:

BAL-Region:

- Mittellappen
- Lingula
- Sonstiges: _____

Instillationsvolumen insgesamt (ml): _____

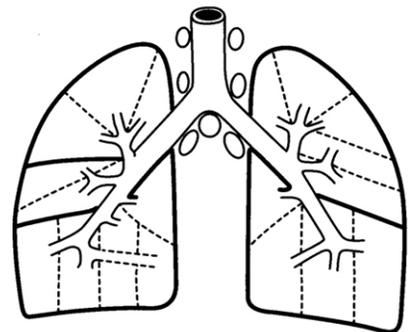
Rückgewinnung insgesamt (ml): _____

- Kortikosteroide? ja nein
- Andere Immunsuppressiva? ja nein
- Antibiose? ja nein

Endoskopischer Befund:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ohne Befund | <input type="checkbox"/> akute Bronchitis | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> eitrige Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> instabil / kollaptisch | <input type="checkbox"/> atroph | <input type="checkbox"/> kontaktvulnerabel |
| <input type="checkbox"/> mucoid impaction | <input type="checkbox"/> ödematös | <input type="checkbox"/> hypervaskularisiert | <input type="checkbox"/> _____ |

Lungenbefund / BAL-Region



Raucherstatus:

- Nichtraucher (ggf. seit _____)
- Raucher (Zahl der täglichen Zigaretten: _____; Packyears (py): _____) Zigarre E-Zigarette sonstiges

Anforderung molekularpathologischer Erregernachweis: