

Abklärung Lungenkarzinom

	Datum Anmeldung:		
	Telefonnummer Patient:		
	Zuständiger Arzt:		

		Termin	erledigt
<input type="checkbox"/> FDG-PET-CT	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> extern		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cMRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CCT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BSK (flexibel)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BSK (in Narkose)	<input type="checkbox"/> EBUS <input type="checkbox"/> Etagenbiopsie <input type="checkbox"/> BAL		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sono-gesteuerte Punktion	Lokalisation: <input type="text"/> besprochen mit OA M5: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Punktion	Lokalisation: <input type="text"/> besprochen mit OA Radiologie: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lufu / Diff / BGA			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spiroergometrie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Echokardiographie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kardio-CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> P/V-Szintigraphie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme	<input type="checkbox"/> M5-NCU <input type="checkbox"/> M-WLS		<input type="checkbox"/>
Patient informiert	Datum:		<input type="checkbox"/>