



BRONCHOALVEOLÄRE LAVAGE (BAL)

EINSENDER/Stempel/Unterschrift

PATIENT/Etikette

Name, Vorname

Geburtsdatum

weiblich ; männlich

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

RECHNUNG

Patient

Einsender

Andere

KOPIE AN

ENTNAHMEDATUM

ZEIT

Untersuchung gewünscht:

Gesamtzellzahl und Differenzialbild Ja Nein

CD4/CD8-Quotient Ja Nein

Bei Lymphozytose ab _____%

HORMON-, ZYTOSTATIKA-, STRAHLENTHERAPIE, IMMUNTHERAPIE

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG

BRONCHOSKOPIEBEFUND

UNAUFFÄLLIG

BRONCHITIS: AKUT CHRONISCH EITRIG

TUMOR

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN