

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Begleitschein für histologische Untersuchungen</b>		
Name, Vorname des Versicherten geb. am			<b>Pathologie</b> <b>PD Dr. med. habil. P. Czapiewski</b>  Auenweg 38 - 06847 Dessau  Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029		Eingangsdatum
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			
Art des Materials					
Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung			telefonische Benachrichtigung erbeten? <span style="float: right;">Ja    Nein</span>		
			Telefon-Nr.		
			Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel		
Frühere histologische Untersuchung			Datum	Nr.	
Ort, Datum					

Als Versandflüssigkeit bitte nur 4 % Formalin verwenden.

**Anamnese**            **nein**                    **ja**

i.v. Drogen                                         wann

Alkohol                                             Menge

Transfusionen                                     wann

**Medikamente**

\_\_\_\_\_ **seit**

\_\_\_\_\_ **seit**

\_\_\_\_\_ **seit**

**Befunde**            **nein**                    **ja**

Adipositas                                       

Ikterus                                           

Aszites                                           

Ösophagusvarizen                            

Splenomegalie                                   

**Laborwerte**        **normal**                **erhöht**                **Wert**

SGPT/ALT                                         \_\_\_\_\_

SGOT/AST                                         \_\_\_\_\_

γGT                                                 \_\_\_\_\_

Alk.Phosphatase                                 \_\_\_\_\_

Ferritin                                             \_\_\_\_\_

αFP \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

**Bildgebung (US/CT/MR)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>HBV</b>	HBsAG	Anti-HBs	Anti-HBc IgG/IgM
	HBeAG	Anti-HBe	HBV-DNS
<b>HCV</b>	Anti-HCV	HCV-RNS	HCV RNS quant
<b>Anderer Erreger</b>	Anti-HAV IgG/IgM	CMV	EBV
<b>Autoimmun Marker</b>	ANA	AMA	ASMA

**Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantaten**

Datum der TPL \_\_\_\_\_

**Grundleiden** \_\_\_\_\_

**Basis-Immunsuppression**

Ciclosporin                             Steroide

FK506 (Tacrolimus)                     andere \_\_\_\_\_

Abstoßungsbehandlung **mit** \_\_\_\_\_

**am** \_\_\_\_\_