

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.

<b>Anamnese</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>
i.v. Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann _____
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Menge _____
Transfusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann _____

<b>Medikamente</b>		<b>seit</b>
_____		_____
_____		_____
_____		_____

<b>Befunde</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aszites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ösophagusvarizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Splenomegalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Laborwerte</b>	<b>normal</b>	<b>erhöht</b>	<b>Wert</b>
SGPT/ALT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SGOT/AST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
γGT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alk.Phosphatase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ferritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
αFP	_____		
andere	_____		

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

<b>HBV</b>	HBsAG	Anti-HBs	Anti-HBc IgG/IgM
<b>HCV</b>	HBcAG	Anti-HBe	HBV-DNS
<b>Anderer Erreger</b>	Anti-HCV	HCV-RNS	HCV RNS quant
<b>Autoimmun Marker</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 \_\_\_\_\_