

**Begleitschein für histologische Untersuchungen
Leberpunktionszylinder**



Krankenkasse bzw. Kostenträger			Begleitschein für histologische Untersuchungen	Nummer
Name, Vorname des Versicherten geb. am			Städtisches Klinikums Dessau Institut für Pathologie	Eingangsdatum
				PD Dr. med. habil. P. Czapiewski
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Auenweg 38 - 06847 Dessau Tel. (0340)501-1070/ Fax -1029	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum		

Art des Materials		
Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung		
Frühere histologische Untersuchung	Datum	Nr.
Ort, Datum		

telefonische Benachrichtigung erbeten?	Ja Nein
Telefon-Nr.	
Unterschrift des Arztes/Vertragsarztstempel	

Als Versandflüssigkeit bitte nur 4 % Formalin verwenden.

Anamnese	nein	ja
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 _____

Medikamente	seit
_____	seit
_____	seit

Befunde	nein	ja
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"/>

Laborwerte	normal	erhöht	Wert
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
andere			_____

Bildgebung (US/CT/MR)

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

Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantaten

Datum der TPL _____

Grundleiden _____

Basis-Immunsuppression

Ciclosporin Steroide

FK506 (Tacrolimus) andere _____

Abstossungsbehandlung mit _____

am _____