Begleitschein für histologische Untersuchungen - Leberpunktionszylinder

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

Eingangsdatum

Art des Materials

Klin. Diagnose, Krankheitsverlauf, Angabe der klinischen Fragestellung

telefonische Benachrichtigung erbeten? Ja Nein

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	☐	☐

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

Laborwerte	**normal**	**erhöht**	**Wert**
SGPT/ALT	☐	☐	
SGOT/AST	☐	☐	
γGT	☐	☐	
Alk.Phosphatase	☐	☐	
Ferritin	☐	☐	
αFP			

andere

Bildgebung (US/CT/MR)

Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantaten

Datum der TPL

Grundleiden

Basis-Immunsupression

☐ Ciclosporin ☐ Steroide

☐ FK506 (Tacrolimus) ☐ andere

Abstossungsbehandlung mit

am

Stand: 22.04.2014