

Begleitschein für histologische Untersuchungen - Leberpunktionszylinder

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Begleitschein für histologische Untersuchungen																							
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Institut für Pathologie Dr. med. J. J. Knolle Auenweg 38 - 06847 Dessau Tel. (0340)501-1347 / 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? Ja Nein																						
Frühere histologische Untersuchung Datum Nr.			Telefon-Nr.																						
Ort, Datum			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		<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">HBV</td> <td>HBsAG</td> <td>Anti-HBs</td> <td>Anti-HBc IgG/IgM</td> </tr> <tr> <td>HBeAG</td> <td>Anti-HBe</td> <td>HBV-DNS</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">HCV</td> <td>Anti-HCV</td> <td>HCV-RNS</td> <td>HCV RNS quant</td> </tr> <tr> <td>Anderer Erreger</td> <td>Anti-HAV IgG/IgM</td> <td>CMV EBV</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Autoimmun Marker</td> <td>ANA</td> <td>AMA</td> <td>ASMA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			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			
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																						
Medikamente _____ seit _____ _____ seit _____ _____ seit _____		Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantaten Datum der TPL _____ Grundleiden _____ Basis-Immunsuppression <input type="checkbox"/> Ciclosporin <input type="checkbox"/> Steroide <input type="checkbox"/> FK506 (Tacrolimus) <input type="checkbox"/> andere _____																							
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 _____ andere _____																							
Bildgebung (US/CT/MR) _____ _____		Abstoßungsbehandlung mit _____ am _____																							