

Untersuchungsauftrag für Leberbiopsien



Dr. med. B. Bier
Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze
FA K. Emrich
Dr. med. C. Heinrich
Prof. Dr. med. W. Püschel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 *Angestellter Arzt i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de
 www.pathologie-saarbruecken.de

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum.....
Vorbefunde (H-Nr.).....
Klinische Diagnose.....
Anamnese.....

Bitte unbedingt ankreuzen!			
Ambulant	<input type="checkbox"/>	Kasse	<input type="checkbox"/>
Ambulante OP	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>		

Laborbefunde (oder Ausdruck bitte beilegen)

Leberenzyme

	Referenzbereich	Einheit
Bili ges.	<1,0	mg/dl
GOT	<50	U/l
GPT	<50	U/l
AP	40-130	U/l
γ-GT	<60	U/l
CHE	5859-13060	U/l
Alb	55,0-70,0	%
Quick	75-110	%
γ-Glob	12,0-20	%
Ges. E.	6,6-8,7	g/d

Hepatitisserologie

A.....
 B.....
 C.....
 D.....

Auto-Antikörper

(z. B. ANA, AMA etc.)

Ascites ja nein

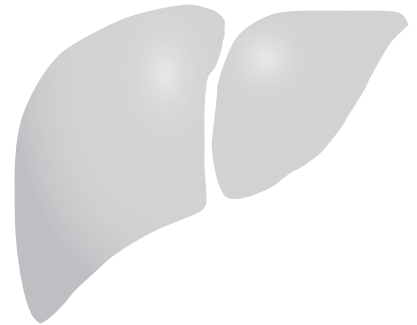
Diabetes ja nein

Materialannahme

Zuschneide-Ass.

Ausgabe

Lokalisation der Leber-PE



Sonstige abnorme Laborwerte

Medikamente / Hormonbehandlung / Alkoholanamnese (Bitte in Druckbuchstaben).....

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)