

Untersuchungsauftrag für Leberbiopsien

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

Eingangsdatum

Vorbefunde (H-Nr.)

Klinische Diagnose

Anamnese

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

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

Bitte unbedingt ankreuzen!

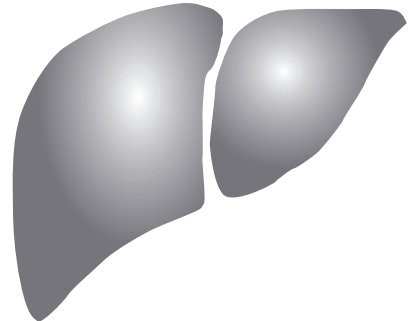
Ambulant	<input type="checkbox"/>	Kasse	<input type="checkbox"/>
Ambulante OP	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>		

Materialannahme

Zuschneide-Ass.

Ausgabe

Lokalisation der Leber-PE



Sonstige abnorme Laborwerte

Medikamente / Hormonbehandlung / Alkoholanamnese (Bitte in Druckbuchstaben)

.....
.....
.....

Stempel (Einsender)

.....
Datum / Unterschrift (Einsender)

Weitere Angaben siehe Rückseite

Daten für Abrechnung (bitte nicht ausfüllen!)

Zuschnitt:

- aufwend. Zuschnitt
- Tusche
- Sägen
- Makrofoto
- Zellblock / Gerinnsel
- Schnellschnitt

Sonstige:

- Tel. Befunderörterung
- Tumorkonferenz

Mikroskopie:

- Materialien
- Stufen
- Histochemie
- Entkalkung
- Polarisierung
- Morphometrie / Mitosen
- Vorsorge
- Zytologie
- Lymphknoten
- Sent. LK

Immunhistologie:

Molekularpathologie:

Stichwortartige Begründung für erhöhten Faktor: