

**Begleitschein für histologische Untersuchungen  
Leberpunktionszylinder**



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

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.

<b>Anamnese</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>
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 _____

<b>Medikamente</b>	seit _____
	seit _____
	seit _____

<b>Befunde</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>
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"/>

<b>Laborwerte</b>	<b>normal</b>	<b>erhöht</b>	<b>Wert</b>
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)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Zusätzliche Angaben bei Lebertransplantaten**

Datum der TPL \_\_\_\_\_

Grundleiden \_\_\_\_\_

**Basis-Immunsuppression**

Ciclosporin                       Steroide

FK506 (Tacrolimus)               andere \_\_\_\_\_

Abstossungsbehandlung mit \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_