

## Untersuchungsanforderung Herz / Myokard

<b>Patientendaten</b> Familienname: ..... Vorname: ..... m/w: ..... Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: ..... AZ/Fallzahl: .....	<b>Einsenderangaben/Stempel</b> Arzt/Ärztin: ..... Klinik/Abteilung: ..... Tel.Nr.: ..... Unterschrift: .....
<b>Gebührenklasse:</b> <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse	<b>Behandlung:</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

<b>Organ Myokard</b> Lokalisation ..... <b>Untersuchungs-material:</b> <input type="checkbox"/> Op-Präparat <input type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: ..... Beginn der Fixierung: ..... Uhr Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung ..... Std. Beginn der warmen Ischämie ..... Uhr / Beginn der kalten Ischämie ..... Uhr	<b>Datum</b> ..... <b>Zeit</b> der Entnahme .....	<b>Pathologie</b> Eingangsdatum/-zeit .....  E-Nr. BARCODE
<input type="checkbox"/> Unfixiert (nativ) <input type="checkbox"/> Schnellschnitt-Diagnostik <input type="checkbox"/> Nativ für BioBank Beginn Transport: ..... Uhr		

**Myokardbiopsien**    linker Ventrikel     rechter Ventrikel

Anzahl der Biopsien:    Formalin    1  2  3  4  5     RNAlater    1  2  3     Glutaraldehyd    1

Erstbiopsie     Verlaufsbioptie

**Klinische Diagnosen/Fragestellungen:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akute Myokarditis                | <input type="checkbox"/> Toxische Kardiomyopathie                                | <input type="checkbox"/> Speichererkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Myokarditis         | <input type="checkbox"/> Arrhythmogene Kardiomyopathie                           | <input type="checkbox"/> Kardiale Amyloidose |
| <input type="checkbox"/> Riesenzellmyokarditis            | <input type="checkbox"/> Ischämische Kardiomyopathie                             | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>    |
| <input type="checkbox"/> Kardiale Sarkoidose              | <input type="checkbox"/> V.a. Akute zelluläre/humorale Abstoßung                 |  |
| <input type="checkbox"/> Inflammatorische Kardiomyopathie | <input type="checkbox"/> Herztransplantation vom .....<br>aktueller Spiegel..... |  |
| <input type="checkbox"/> Dilatative Kardiomyopathie       | <input type="checkbox"/> Kontrollbiopsie   |  |
| <input type="checkbox"/> Hypertrophe Kardiomyopathie      | <input type="checkbox"/> Erstbiopsie   |  |
| <input type="checkbox"/> Restriktive Kardiomyopathie      |  |  |

**Anamnese**

Infektanamnese: .....  
 Familienanamnese: .....  
 NYHA: .....

**MRT - Befund** .....

**Echokardiographie, EF:**.....

Für alle molekularpathologischen Anforderungen, bitte die entsprechende Untersuchungsanforderung der Molekularpathologie und ggf. die Einverständniserklärung verwenden.

Diese sind zu finden unter: <https://pathologie.medunigraz.at/fuer-einsenderinnen>

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden