Diagnostik- & Forschungs-
Institut für Pathologie
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz
Tel.: +43 (0)316 385-71764 / Fax: +43 (0)316 385-79000

Medizinische Universität Graz

Untersuchungsanforderung Plazenta

Patientendaten	**Einsenderangaben/Stempel**
Familienname: ……	Arzt/Ärztin:
Vorname: …… m/w: ……	Klinik/Abteilung:
Geburtsdatum: …… SV-Nr.: …… Vers.: ……	Tel.Nr.:
AZ/Fallzahl: ……	Unterschrift: ……
Gebührenklasse: ☐ Allgemein ☐ Sonderklasse	**Behandlung:** ☐ stationär ☐ ambulant

Organ Lokalisation
☐ Plazenta
☐ Sonstiges:……

Datum …… **Zeit** der Entnahme …… : ……

Pathologie
Eingangsdatum/-zeit
……

E-Nr.
BARCODE

Untersuchungs-material: ☒ Op-Präparat ☐ Biopsie/Probeexzision ☐ Nadelbiopsie ☐ Cürettage/Pipelle

☐ **10% neutral gepuffertes Formalin** (=4% Formaldehydlösung)
☐ **Andere Fixierung:** ……
Beginn der Fixierung: ……:…… **Uhr**
Bei **Paraffinblock:** Dauer der Fixierung …… **Std.**

☐ **Unfixiert** (nativ)
☐ Schnellschnitt-Diagnostik
☐ Nativ für BioBank
Beginn Transport: …… : …… Uhr

Beginn der warmen Ischämie …… : …… Uhr / Beginn der kalten Ischämie …… : …… Uhr

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Angaben zur Mutter:
Gravida …… Para …… **SSW:** ……

Mütterliche Besonderheiten:

Gewicht: ……

Vorerkrankungen: ……

Fragestellungen/Angaben zur Schwangerschaft/Zwillingsschwangerschaft:

Angaben zum Kind:
Kind 1

Gewicht ……g

Apgar ……/……/……

Angaben zum Kind:
Kind 2

Gewicht ……g

Apgar ……/……/……

Arzt/Ärztin für Rückfragen:

Name: ……

Tel.Nr: ……