

Untersuchungsanforderung LEBER-Biopsie

Patientendaten

Familienname:
 Vorname: m/w:
 Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:
 AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:
 Klinik/Abteilung:
 Tel.Nr.:
 Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Organ

Lokalisation:

Datum **Zeit** der Entnahme

..... :

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

**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

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Verdachtsdiagnose:

Dauer der Erkrankung: Tage Wochen <3 Monate >6 Monate Jahre

Operationen:

JA: Nein

Medikamente:

JA: Nein

Personenbezogene Daten:

Gewicht: kg Größe: cm

Alkohol: JA NEIN Wert: g/d

Sonstige Diagnostik:

Ultraschall: JA Nein Anmerkung:

MRCP/ERCP: JA Nein Anmerkung:

Fibroscan: JA Nein Wert:

Labordaten:

GPT:

GOT:

GGT:

CHE:

ALP:

Bilirubin.....

Andere:

Serologie

Hepatitis:

HbsAg Positiv Negativ
 HbsAk Positiv Negativ
 HbcAg Positiv Negativ
 HbcAk Positiv Negativ
 HCV-Ak Positiv Negativ
 HCV-RNA Positiv Negativ

Serologie

EBV Positiv Negativ
 CMV Positiv Negativ
 AMA Titer Positiv Wert: Negativ
 ANA Titer Positiv Wert: Negativ
 SMA Titer Positiv Wert: Negativ
 IgG Titer Positiv Wert: Negativ
 Andere:

Stoffwechselscreening:

JA Nein Anmerkung:

Molekulare Pathologie: MUG Solid DNA (680 Gene) MUG Solid RNA (150 Gene)

**BITTE ausfüllen, oder
LABORPARAMETER
BEILEGEN**