

Histologie Leber

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J Geschlecht M W 		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: ☐ Versicherung ☐ Auftraggeber/Spital ☐ Patient ☐ IV/SUVA	Versicherungsdetails: ☐ Ambulant ☐ Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	☐ Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
--	--	---

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente 	Bisherige Therapien: ☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie ☐ Andere: _____
Fragestellung: 	Vorbefunde: ☐ Pathologie KSSG ☐ extern (Kopie beilegen)

Lokalisation: 1) _____	Art des Materials: ☐ Biopsie
2) _____	☐ Biopsie
3) _____	☐ Biopsie

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Bitte Rückseite beachten!

Lebergrösse und -konsistenz:

Milzgrösse und -konsistenz:

Laborwerte:	Gesamteiweiss:	☐ normal	☐ erniedrigt	☐ erhöht
	Serumalbumin:	☐ normal	☐ erniedrigt	☐ erhöht
	γ-Globuline:	☐ normal	☐ erniedrigt	☐ erhöht
	Prothrombin (Quick):	☐ normal	☐ vermindert	
	SGPT / ALT:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	SGOT / AST:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	γGT:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	Alk. Phase:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	Ferritin:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	αFP:	☐ normal	☐ erhöht	Wert:
	andere:			
				
	Antinukleäre Ak:	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bestimmt
	Antimitochondriale Ak:	☐ ja	☐ nein	☐ nicht bestimmt
