

Histologie - Leberbiopsie

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: _____

Geschlecht: Mann Frau

ambulant stationär

Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

Krankheitsverlauf:

Zeitraum, Menge

Drogen: Ja Nein

Alkohol: Ja Nein

Bluttransfusionen: Ja Nein

Wichtige Befunde:

Medikamente (Dauer, Dosierung)

Aszites: Ja Nein

Ikterus: Ja Nein

Splenomegalie: Ja Nein

Ösophagusvarizen: Ja Nein

Adipositas: Ja Nein

Laborwerte

Wert

Referenzbereich

Bildgebung und Endoskopie

SGPT/ALT

SGOT/AST

Gamma-GT

Alk. Phos

Ferritin

Quick/INR

Alpha-Fetoprotein

Klinische Diagnosen und Fragestellung (Bitte Berichte und Vorbefunde beilegen!):

Viren

Autoimmunmarker

HBV HCV Andere

ANA ANCA ASMA

Lokalisation und Art (z.B. Nadelbiopsie, Keilbiopsie) des Materials:

1)

2)