

Begleitschein für Histologische Untersuchungen Gastroenterologie und Leber

Einsenderangaben
Einsender soll dieses Feld mit den eigenen Daten beschriften können und bei sich abspeichern.

Eingangsnummer(n)
Wird vom Inst. f. klin. Pathologie, Molekularpathologie und Zytodiagnostik ausgefüllt.

Patientendaten				männl.	weibl.	divers
Nachname	Vorname	Geb. Name				
Soz. Vers. Nr.	Geb. Datum	Akad. Titel		Kostenträger		

Mat.-Nr.:	Biopsie.....	Endosk. Abtr.:	ZA:	SA:	Stanze:	Eilt sehr O			
		Mat.Nr./Anz.				Mat.Nr./Anz.			Mat.Nr./Anz.
Ösophagus	Prox/3	..... / .....	Duodenum	Bulbus	..... / .....	Colon	Coecum /	
	Mittl/3	..... / .....		Hohes	..... / .....		Ascend. /	
	Dist/3	..... / .....		Tiefes	..... / .....		Transv. /	
Magen	Cardia	..... / .....	Papilla Vateri		..... / .....	Rectum	Desc. /	
	Corpus	..... / .....	Jejunum		..... / .....		Sigm. /	
	Antrum	..... / .....	Ileum	 / / /	
	Pylorus	..... / .....	Valvula Bauhini		..... / .....	Anus /		
	 / / /	
Lebererkrankung seit:				Alkohol/die:					
Hepatitis Parameter:				Medikamente/sonst. Tox. Subst.:					
BT	Dir.	GOT	GPT	γGT	AP	aM-AK	AN-AK		
GE	Alb	α2	γ	Chol.					

Klinische Angaben (Bitte klinische Diagnose, Fragestellung und Vorbefund E-Nummer angeben):

Datum:	Unterschrift anfordernder Arzt:
---------------	--