

Untersuchungsauftrag Leberpathologie bei Tumorpunktion/unklarer Leberwerterhöhung

Einsender:

Name: _____

Adresse: _____

Ärztin/Arzt:

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

**Wichtig für
Rückfragen!**

Patientendaten/Aufkleber:

Station: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherung: _____

Versicherungsstatus

GKV (Kasse) PKV (Privat)

private Zusatzvers. Wahlleistung

Zusatzversicherung

ambulant stationär

Eingesandtes Material:

Schnellschnitt **cito**

Entnahmedatum: _____

Anzahl Präparate: _____

Ärztin/Arzt: _____

(Unterschrift)

Klinische Angaben zur Diagnose/Fragestellung:

Tumorpunktion: Malignitätssuspekt? Andere Tumoren bekannt? Leberzirrhose?

Unklare Leberwerterhöhung: Berufs-/Reiseanamnese, neurologische Auffälligkeiten, Hautveränderungen sowie:

GOT: _____

GPT: _____

y-GT: _____

AP: _____

Billirubin: _____

Virusserologie: _____

Autoimmun-Panel inkl. Immunglobulinen: _____

Medikamente: _____

Histologischer/zytologischer Vorbefund: _____
