

Untersuchungsauftrag Osteopathologie bei orthopädischen Fragestellungen/V. a. Tumor

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

Lokalisation:

Schnellschnitt cito

rechts/links _____ Hüfte Knie OSG USG Hand Schulter Ellenbogen

Entnahmedatum: _____

Meniskus: innen/außen

Anzahl Präparate: _____

Bandscheibengewebe: HWK BWK LWK

Ärztin/Arzt: _____

Wirbelsäule: HWK BWK LWK

(Unterschrift)

Radiologische Bilder: Centricity Röntgenbilder (zwei Ebenen) CT MRI Scinti

Klinische Angaben (Anamnese, Vorbefunde, radiologische und/oder klinische Diagnose, Fragestellung):

Prothetik:

Infekt:

_____ Endoprothese _____ Typ/Hersteller Dauer der Antibiose: _____

Implantation (Datum) _____ Mikrobiologie: _____

Lockerung ja/nein _____ Gleitpaarung

radiolucent line ja/nein _____

Osteolyse ja/nein _____ nicht zementiert