

Institut für klinische Pathologie
 Leitung: Prim. Dr. Rene Silye
 Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck
 Tel.: 050554-71-26351; Fax: 050554-71-26304

E-Nr.:

Histologische Untersuchung Gastroenterologie/Leber

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!

ZuweiserIn (inkl. Tel.) (Stempel)				zusätzl. BefundempfängerIn: (Name & Adresse)					
PatientIn: (Etikett/ Name & Adresse)				Geburtsdatum: _____					
				Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> k.A.					
				AZ:		SV-Nr.:		Kasse:	
Materialnr.:				Vorbefunde (alte E-Nr.): _____					
Biopsie: _____				Bürste (Lamblien): _____					
Endoskop. Abstrich: _____				Stanze: _____					
Probenabnahmedatum:					Anmerkung:				
Materialnr./Anzahl			Materialnr./Anzahl			Materialnr./Anzahl			
Ösophagus prox./3	...../.....	Duodenum Bulbus	...../.....	Colon Coecum/.....				
mittl./3	...../.....	hohes	...../.....	ascend./.....				
dist./3	...../.....	tiefes	...../.....	transv./.....				
Magen Cardia	...../.....	Papilla Vateri	...../.....	desc./.....				
Corpus	...../.....	Jejunum	...../.....	sigm./.....				
Antrum	...../.....	Ileum	...../.....	Rectum/.....				
Pylorus	...../.....	Valvula Bauhini	...../.....	Anus/.....				
Sonstiges	...../.....	Sonstiges	...../.....	Sonstiges/.....				
<input type="checkbox"/> LEBER: Erkrankung seit: sonstige tox. Substanzen:					Alkohol/die:				
Bili	PTZ	GOT	GPT	γGT	AP	aM-AK	aN-AK		
Alb	Ferritin	γ	Chol	HBsAG	HBsAK	HBcAK	HCV		

KLINISCHE ANGABEN (bitte klinische Diagnose und Fragestellung angeben):

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin