

PYHRN-EISENWURZEN KLINIKUM STEYR
 Institut für Pathologie
 Leiter: Prim.Dr. Yarub Salaheddin-Nassr
 4400 Steyr, Sierningerstraße 170
 Tel.: 05 0554 66 - 26360
 Fax: 05 0554 66 - 26304

E-Nummer:

**Begleitschein für
 HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN-GASTROENTEROLOGIE/LEBER**
 (in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen, wenn möglich Drucketiketten verwenden!)

ZUWEISER:		Tel.Nr.		VORBEFUNDE:				
zusätzl. Befundempfänger:				Alte E-Nr.:				
PATIENT:								
Familiennamen:				Vorname:				
Geb.Dat.:		Geschlecht:		weibl. <input type="radio"/>		männl. <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> ambulanz	<input type="radio"/> stationär	Klasse:		Kostentr.:				
Mat.Nr.: Biopsie..... Endoskop. Abtr..... Bürste (Lamblien)..... Stanze								
		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	Anus	desc./.....
	Corpus/.....	Jejunum/.....			sigm./.....
	Antrum/.....	Ileum/.....				
	Pylorus/.....	Valvula Bauhini/.....				
sonst.:/.....		/.....			/.....
<input type="radio"/> LEBER Erkrankung seit:				Alkohol/die:				
sonst.tox.Subst.:								
Bili	dir.	GOT	GPT	yGT	AP	aM-AK	aN-AK	
GE	Alb	Alpha2	y	Chol	HBsAG	HBsAK	HBcAK	

KLINISCHE ANGABEN (bitte klinische Diagnose und Fragestellung angeben):

_____ Datum

_____ Unterschrift