

Institut für klinische Pathologie
 Leitung: Prim. Dr. Rene Silye
 Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck
 Tel.: 050554-71-26360; 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**