

Geltungsbereich: Pathologie	Formular Untersuchungsantrag Leberbiopsien	 ID-Nummer: D2832
---------------------------------------	---	--

Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska pathologie@klinikverbund-suedwest.de	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894
---	---	--

Einsenderadresse < Anrede > < Vorname > < Nachname > < Abteilung > Station: < Strasse - Haus-Nr.> <PLZ> < Ort >
--

Patientendaten <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Ambulant</td> <td><input type="checkbox"/> Ü-Schein</td> <td><input type="checkbox"/> ASV</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> AOP</td> <td><input type="checkbox"/> Privat</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Stationär</td> <td><input type="checkbox"/> Kasse</td> <td><input type="checkbox"/> Privat</td> </tr> </table>	Ambulant	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> ASV		<input type="checkbox"/> AOP	<input type="checkbox"/> Privat	Stationär	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat
Ambulant	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> ASV							
	<input type="checkbox"/> AOP	<input type="checkbox"/> Privat							
Stationär	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat							

Histologische Voruntersuchungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nr.:

Klinische Diagnose:	
Anamnese:	Alkoholbusus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Akuter Krankheitsbeginn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Früherer Leberschaden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gallensteine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frühere akute Hepatitis, <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zustand nach <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wann _____	Cholecystektomie
Klinische Angaben: (Symptomatik, Verlauf, bildgebende Verfahren etc.)	
Medikamente: (bitte vollständig)	
Laborwerte: (bitte Rückseite benutzen, ggf. Kopie Laborwerte)	

Einsendender Arzt / Ärztin: _____ **Datum / Unterschrift:** _____
Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Verfasser: I. Dostler, T. Kocabay	Freigabe: Dostler, Irina	Nächste Revision: 29.04.2025
Version: 4 Freigegeben am: 07.06.2021	Bestellnummer:	Seite 1 von 2

Laborwerte vom:

	U/l	Normal		Normal		+ / -	Typ/Titer
GOT/AST		♂ 10-50 ♀ 10-35	IgG	1250±270 mg/dl	HCV		
GPT/ ALT		♂ 10-50 ♀ 10-35	IgA	280±70 mg/dl	HBV		
LDH		♂ 135-225 ♀ 135-214	IgM	120±mg/dl	HbaAG		
GLDH		♂ < 6,4 ♀ < 4,8	Bilirubin Ges.	< 1,1 mg/dl			
CHE	Ku/l	♂ 5,32- 12,9 ♀ 3,65- 9,12	Bilirubin direkt	< 0,3 mg/dl	HAV		
AP		♂ 40-129 ♀ 35-104	Bilirubin indirekt	< 0,8 mg/dl	Andere Viren		
GGT		♂ < 66 ♀ < 39	Quick/Pro- thrombin	80-100 %	AFP		
Ges. Eiweiß		6-8 g	Thrombo- zyten	300 000/UI	AMA		
Albumin		58-72 %	Serum-Fe	80-140 ug/dl	ANA		
y.- Globuline		12-18 %	Serum-Cu	65-165 ug/dl	SMA		