

Begleitschein für Material zur hepatopathologischen Begutachtung

Bitte vollständig ausfüllen! Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.

Gesundheit Nordhessen Klinikum Kassel
Gesundheit Nordhessen MVZ - Medizinisches Versorgungszentrum

Name des Patienten Vorname
Geburtsname Geburtsdatum
Name des Versicherten Vorname
PLZ Wohnort Straße
männlich weiblich

ambulanz Belegarzt Privat
 stationär Wahlleistung Sonstige
 AOP § 116 IGEI

Schnellschnitt Eilt

Telefon-Nr. (unbedingt angeben):

Institut für Pathologie / FB Pathologie

4233750
Prof. Dr. med. Irina Berger
Allgemeine und Spezielle Pathologie
Neuropathologie
Mönchebergstrasse 41-43
34125 Kassel

<http://www.gesundheit-nordhessen.de>

Befundabfrage: (0561) 980 - 3207
Sekretariat: (0561) 980 - 4001
Fax: (0561) 980 - 6983
Histologielaor: (0561) 980 - 3218

Einsender:

Bitte Stempel!

Leserlicher Name des einsendenden Arztes

Telefon: _____

Unterschrift des einsendenden Arztes

Art des Untersuchungsmaterials:

Datum der Entnahme:

Klinische Diagnosen / Vorerkrankungen:

Medikamenten-/Alkoholabusus:

Laborbefunde vom: (Normalbefunde in Klammern)

GOT ____ () GPT ____ () γ -GT ____ ()
AP ____ () LDH ____ () GLDH ____ ()
Bilirubin gesamt: ____ (); direkt ____ ()
Gesamteiweiß: ____ ()
Elektrophorese: Alb.: ____ () alpha-1 ____ ()
alpha-2 ____ () beta ____ ()
gamma ____ ()
Immunglobuline IgG: ____ () IgM: ____ ()
IgA: ____ ()
Transferrinsättigung ____ ()
Coeruloplasmin: ____ ()
ANA: _____ AMA: _____ SMA: _____

Hepatitisserologie:

Besondere Laborbefunde:

Wird vom Institut / FB ausgefüllt				
Qualitätssicherung				
UN		PAS		Pol
BZ		Fe		IHC
Entkalkt		Gie		Mol
sägen		EVG		
Mat		LU Flö		Foto
TU		LP Flö		TM
AR		LK Flö		AZ
MM		BK Flö		Stufen
Abgestempelt				
Mat.-Beschr.				
Zuschneider / Ass				
Eingekapselt				
Schieben				

Nummer früherer Untersuchungen:
