



Leberbiopsie

männlich weiblich

Einsender: (bitte Stempel)	Kopie an: (bitte Adresse angeben)
Bei Schnellschnitt Antwort an:	
Telefon: _____ Fax: _____	

Rechnung an: Einsender Patient (bitte Adresse angeben) Krankenkasse (bitte Adresse angeben)

Aufenthalt: ambulant stationär: allgemein halbprivat privat

Frühere Untersuchungen: (Nr./Jahr/Institut, Befund)

Material: intraoperativer Schnellschnitt Keilbiopsie/Nadelbiopsie

Datum der Entnahme:

Lokalisation:

Anamnese:

Drogen:	Auslandreisen:	Cholezystolithiasis, -ektomie:
Alkohol:	Bluttransfusionen:	Akute/chronische Pankreatitis:
Medikamente:		Chron. entzündl. Darmerkrankung:
		Diabetes mellitus:

Wichtige Befunde:

<input type="checkbox"/> Lebergrösse	<input type="checkbox"/> Ultraschallbefund	<input type="checkbox"/> Zirrhose
<input type="checkbox"/> Portale Hypertonie	<input type="checkbox"/> Splenomegalie	<input type="checkbox"/> Aszites
<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Pruritus	<input type="checkbox"/> Fieber

Laborwerte vom: (falls pathologisch bitte Referenzwert angeben)

Senkung:	Bilirubin:	alk. Phosph.:	α-Foetoprotein:		
SGPT:	SGOT:	γGT:	Spontanquick:		
Ges. Eiweiss:	Albumin:	γ-Glob:	Serum-Cu:		
Cholesterin:	Ferritin:	Eisenbindungskapazität:	α-I-Antitrypsin:		
HBsAG	anti-HBs	anti-HBc	ac/IgM	HBeAg	Anti-HBe
anti-HCV	HCV-RNA				
anti-HAV	aHAV/IgM				
CMV	/IgM	EBV	/IgM		
ANA	AMA	ASMA	anti-DNS		

Andere Befunde/Bemerkungen:

Klinische Diagnose:

Klinische Fragestellung:

Datum: _____ Unterschrift: _____