



**Leberbiopsie**

männlich       weiblich

<b>Einsender:</b> (bitte Stempel)	<b>Kopie an:</b> (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"/> Lebergrosse	<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: \_\_\_\_\_