

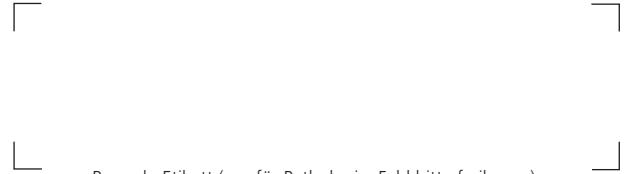
Untersuchungsauftrag für Leberbiopsien



Dr. med. B. Bier
Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze
Prof. Dr. med. W. Püschel*
Dr. med. O. Scherr

Institut für Pathologie
Saarbrücken-Rastpfuhl
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 * "Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV"
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-bierscherr.de
 www.pathologie-bierscherr.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Vorbefund (H-Nr.) **Entnahmedatum**

Klinische Diagnose

Anamnese

Laborbefunde (oder Ausdruck beilegen)

Leberenzyme

	Referenzbereich	Einheit
Bili ges.	<1,0	mg/dl
GOT	<50	U/l
GPT	<50	U/l
AP	40-130	U/l
γ-GT	<60	U/l
CHE	5859-13060	U/l
Alb	55,0-70,0	%
Quick	75-110	%
γ-Glob	12,0-20,0	%
Ges.E.	6,6-8,7	g/d

Hepatitisserologie

- A
- B
- C
- D

Auto-Antikörper

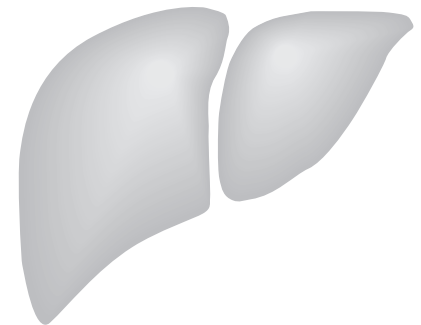
(z. B. ANA, AMA ect.)

-
-

Ascites ja nein

Diabetes ja nein

Lokalisation der Leber-PE



Sonstige abnorme Laborwerte

Medikamente / Hormonbehandlung / Alkoholanamnese

(Bitte in Druckbuchstaben)

.....

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)