

Datum der Entnahme: _____	
Frühere hist./cyt. Untersuchung Nr. _____ Jahr _____	
Nr. _____ Jahr _____	Nr. _____ Jahr _____
<b>Personalien:</b> (Patientenetikett auch auf den Durchschlag)	
Patient: Name _____ Vorname _____ (bitte Druckschrift)	
geb. am _____	Beruf _____
(PLZ) _____	Wohnort _____
Straße _____	
<b>Stationär:</b> Regelleistung <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant:</b> Kasse <input type="checkbox"/>
Wahlleistung / Arzt <input type="checkbox"/>	Post A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Post A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
<b>ABSENDER:</b>	
Klinik: _____	Station: _____
_____	Telefon: _____
Arzt Unterschrift _____	

Eingangsdatum: _____	E.-Nr.: _____
<b>Material</b> (Art, Entnahmestelle) 1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
<b>Klin.Diagnose:</b> _____	
_____	
Beginn der Erkrankung: _____	
Besd. klin. Erscheinungen: _____	
_____	
_____	
Weitere Angaben (evtl. Skizze) bitte auf Rückseite!	

<b>Bei Abrasio:</b> Zyklus(dauer): _____	
L. Regel: _____	L. Geburt/Abort: _____
Hormontherapie (Präp.) _____ von _____ bis _____	
Kontrazeptiva (Präp.) _____ von _____ bis _____	
Adnexe: _____	
<b>Bei Lymphknoten, usw.:</b>	
solitär <input type="checkbox"/> multipel <input type="checkbox"/> generalisiert <input type="checkbox"/>	
Blutbild (bitte Rückseite)	

<b>Bei Leberbiopsien</b>	
Arzneimittel-/Alkohol-Abusus: _____	
Diabetes mellitus: ja / nein	Bluttransfusion(en): ja / nein
<b>Labordaten vom:</b> _____ <b>20</b>	
Bilirubin ges.: _____	direkt: _____ Prothromb.: _____
GOT: _____	GPT: _____ yGT: _____ alk. Phosph.: _____
HBsAg: _____	Anti-HBs: _____ Anti-HBc: _____
HBeAg: _____	Anti-HBe: _____ Anti-HAV-IgM: _____
HCV-AK: _____	HCV-RNA: _____
ANF: _____	AMA: _____

### ANAMNESTISCHE ANGABEN:

