

## Begutachtungsauftrag für Histologie / Molekularpathologie

Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf • Telefon (0211) 81-18351

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

Frühere hist./cyt. Untersuchung Nr. \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Personalien:** (Adressaufkleber auch auf dem Durchschlag)

Patient: Name/Vorname

Geburtsdatum Beruf

PLZ Wohnort

Straße

Ambulant: Kasse **Absender:**

Telefon: \_\_\_\_\_

Arzt Unterschrift: \_\_\_\_\_

Eingangsdatum:

E-Nr.:

**Material**

Art Entnahmestelle: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_

**Bei Abrasio:** Zyklusdauer

Arzneimittel-/Alkohol-Abusus:

L. Regel: \_\_\_\_\_ L. Geburt/Abort: \_\_\_\_\_

Hormontherapie (Präp.) von bis: \_\_\_\_\_

Kontrazeptiva (Präp.) von bis: \_\_\_\_\_

Adnexe: \_\_\_\_\_

**Bei Lymphknoten, usw.:**solitär  multipel  generalisiert Blutbild (bitte Rückseite) **Bei Leberbiopsien**

Arzneimittel-/Alkohol-Abusus: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: ja / nein Bluttransfusion(en): ja / nein

Labordaten vom (ttmmjj) \_\_\_\_\_

Bilirubin ges: \_\_\_\_\_ direkt: \_\_\_\_\_ Prothromb.: \_\_\_\_\_

GOT \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_ yGt \_\_\_\_\_ alk. Phosph. \_\_\_\_\_

HBsAg: \_\_\_\_\_ Anti-HBs: \_\_\_\_\_ Anti-HBc: \_\_\_\_\_

HBsAg: \_\_\_\_\_ Anti-HBe: \_\_\_\_\_ Anti-HAV-IgM: \_\_\_\_\_

HCV-AK: \_\_\_\_\_ HCV-RNA: \_\_\_\_\_

ANF: \_\_\_\_\_ AMA: \_\_\_\_\_

**Anamnestische Angaben****Molekularpathologische Untersuchung**