



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**

Bitte den Überweisungsschein für MVZ beifügen

\*0495-001\*

