



Histologische Untersuchung von Leberbiopsien

Von Klinik auszufüllen

Klinik:	Privatpatient (Adresse):
Arzt/Station:	
Tel:	
Abrechnung mit Klinik: <input type="checkbox"/> Angehörige: <input type="checkbox"/>	
Ü-Schein/Krankenkasse	
Patientenname/Vorname:	M / W
Geb. Datum:	
Beruf (evtl. vor Pensionierung):	
Körpergewicht d. Pat.:	
Körpergröße d. Pat.:	

Klinische Angaben:

(Beginn der Erkrankung, Symptomatik, Verlauf, Familienanamnese, Vorerkrankung, Laparoskopie)

Diabetes mellitus:

Alkoholanamnese:

Bluttransfusion:

Adipositas: BMI _____

Medikamenteneinnahme (bitte vollständig):

Bildgebende Verfahren (Ultraschall/ERCP/NMR/CT ect.; ggf. Aufnahme beifügen)

GOT:	Billirubin:
GPT:	Ferritin:
yGT:	Eisen:
AP:	Blutfette:
Billirubin:	Sonstige:
HBV:	HCV:
Sonstige Virusmarker HAV, HDV, HEV, HIV, EBV, CMV:	
Autoantikörper (Titer):	
Sonstige Serumbefunde (AFP,CHE, Immunglobuline, Coeruloplasmin):	

Besondere Fragestellung: _____

Bestehende histo-pathologische Vorbefunde (Nr.) _____