

Eing.-Datum

E.-Nr.

Datum der Entnahme:

Frühere hist./cyt. Untersuchung

Nr. _____ Jahr: _____

Nr. _____ Jahr: _____

Personalien (Klebeetikett auch auf Durchschlag!)

Patient: Name
(bitte Druckschrift)

Vorname

geb. am

Beruf

(PLZ)

Wohnort

Straße

Stationär: Regelleistung

Ambulant: Kasse

Beihilfe Wahlleistung/Arzt

Beihilfe

Bundesknappschaft A II S

Post B Privat

KVB I-III IV Post B

KVB I-III IV

ABSENDER / KLINIKSTEMPEL:

Station: _____

Telefon: _____

Arzt Unterschrift

Material: (Art, Entnahmestelle)

1. _____ 5. _____

2. _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

Beginn der Erkrankung: _____

Bei Abrasio: Zyklus(dauer): _____

L. Regel: _____ L. Geburt/Abort: _____

Hormontherapie (Präp.) _____ von _____ bis _____

Kontrazeptiva (Präp.) _____ von _____ bis _____

Adnexe: _____

Bei Lymphknoten oder Beckenkammbiopsaten:

Lymphknotenschwellung

solitär multipel generalisiert

Blutbild: unter anamnestischen Angaben

Bei Leberbiopsien:

Arzneimittel-/Alkohol-Abusus: _____

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

Labordaten vom _____ 20 _____

Bilirubin ges: _____ direkt: _____

GOT _____ GPT _____ yGT _____ alk. Phosph. _____

HBsAg: _____ Anti-HBs: _____ Anti-HBc: _____

HBeAg: _____ Anti-HBe: _____ Anti-HAV-IgM: _____

HCV-AK: _____ HCV-RNA: _____

ANF: _____ AMA: _____

ANAMNESTISCHE ANGABEN:

X	Leistung	GOÄ
	Hist. normal	4800
	Hist. Entkalk.	4802
	Hist. Chemie	4815
	Hist. Schnellschn.	4816
	Cyt. Gynäkologie	4851
	Cyt. extragenit.	4852
	PR/ER	1
	DNA	2
	EGF-R	9
	erb B-2/neu	7a
	p53	7
	HPV	5
	CISH	2c
	uPA/PAI	8
	Anzahl sonst. IH	4815A