

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis



Anschrift:

(Bei Privatpatient*innen)

Einsendeschein Hepathopathologie

(Einsendeschein mit dem Auftrag einer pathologischen Untersuchung)

Kostenträger: _____

Ambulant

Stationär

Wahlleistung: nein ja

(Überweisungsschein beifügen)

Infektiös: nein ja: _____

Klinische Angaben (Beginn der Erkrankung, Symptomatik, Verlauf, Familienanamnese, Reiseanamnese, Vorerkrankungen)

Diabetes mellitus: _____ BMI: _____ Alkoholanamnese: _____ Bluttransfusionen: _____

Medikamente

Befunde bildgebender Verfahren (Ultraschall, ERCP, CT etc.)

Laborparameter

AST (GPT): _____ ALT (GOT): _____ γ GT: _____ AP: _____ Bilirubin: _____

Autoantikörper (bitte mit Titer):

HBV: _____ HCV: _____

Sonstige Virusmarker (HAV, HDV, HEV, HIV, EBV, CMV etc.):

Sonstige relevante Befunde (bspw. CRP, LDH, AFP, CHE, Immunglobuline, Ferritin, Fe, Coeruloplasmin):

Klinische Fragestellung

Datum _____

ärztliche Unterschrift und Stempel _____

Telefon / Piepser _____



Einsendeschein Hepathopathologie

Wird von der Pathologie ausgefüllt!

Abrechnung	
Anzahl	Gebührenziffer
	4800
	4802
	4815
	IH

Journal-Nr.:

Festgestellt:

Aufgerechnet bei:

