

Name, Vorname, Ledigename (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen														
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Geburtsdatum</td> <td style="text-align: center; border: none;">Geschlecht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">T T M M J J</td> <td style="text-align: center; border: none;">M W</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Geburtsdatum	Geschlecht	T T M M J J	M W	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
Geburtsdatum	Geschlecht														
T T M M J J	M W														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)															

Histologie Leberbiopsie

Frühere Untersuchungen (Nr./Jahr)
(histologisch und zytologisch)

Kopie(n) an:

Klinische Diagnose/Krankheitsangaben/Therapien/Fragestellung

allg. Abt. <input type="checkbox"/>	priv. Abt. <input type="checkbox"/>	amb. allg. <input type="checkbox"/>	Rechnung an: Patient <input type="checkbox"/> Kr. K. <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> EMV/SUVA <input type="checkbox"/> priv. Vers. <input type="checkbox"/>	Vers.-Adresse.: _____ Vers.-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Telefon Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Fax Nr.: _____
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--	---

Anamnese: Alkohol Drogen Medikamente

Organ/Lokalisation:	Bitte freilassen
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes/Spitals

Bitte Rückseite beachten!

Lebergröße und -konsistenz:

Milzgröße und -konsistenz:

Laborwerte:	Gesamteiweiss:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erniedrigt	<input type="checkbox"/> erhöht
	Serumalbumin:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erniedrigt	<input type="checkbox"/> erhöht
	γ -Globuline:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erniedrigt	<input type="checkbox"/> erhöht
	Prothrombin (Quick):	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> vermindert	
	SGPT/ALT:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:
	SGOT/AST:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:
	γ GT:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:
	Alk. Phase:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:
	Ferritin:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:
	α FP:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> erhöht	Wert:

andere:

.....

Antinukleäre Ak:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt
Antimitochondriale Ak:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt