

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			
<b>PRIVATPATIENT</b> Adresse (bei Privatpatienten)			<input type="radio"/> stationär <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> nein		

An das  
**Institut für Allgemeine Pathologie und  
 Pathologische Anatomie  
 der Technischen Universität München**  
 Trogerstraße 18, 81675 München  
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Wilko Weichert

Telefon: (089) 4140-4161, Telefax: (089) 4140-4865  
<https://web.med.tum.de/path/startseite>  
**Tel. Befundabfrage: (089) 4140-4176**  
**Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr**

Eingegangen am:

**E.-Nr.:**

## Histologische Untersuchung von Leberbiopsien

<b>Einsender</b> Klinik: Abt./Station: <div style="text-align: right;">(Stempel)</div>
<b>Anamnese</b> (Beginn der Erkrankung, Symptomatik, Verlauf, Familienanamnese, Vorerkrankungen): <hr/> <hr/> <hr/> <input type="radio"/> Alkohol: _____ <input type="radio"/> i. v. Drogen: _____ <input type="radio"/> Bluttransfusionen: _____ <input type="radio"/> Auslandsreisen: _____ <input type="radio"/> Diabetes mellitus: _____ <input type="radio"/> Pankreatitis: _____
<b>Medikamenteneinnahme</b>
<b>Bildgebende Verfahren</b> (US, ERCP, NMR, CT, etc.; ggf. Aufnahme beifügen): <hr/> <hr/>
<b>Laborwerte</b> (vom _____): Bilirubin: _____ AP: _____ $\gamma$ GT: _____ GOT: _____ GPT: _____ HBV: _____ HCV: _____ Autoantikörper (Titer!): _____ Sonstige Virusmarker (HAV, HDV, HEV, HIV, EBV, CMV, etc.): _____ Sonstige Serumbefunde (AFP, CHE, Ig, IgG4, Ferritin, FE, Ceruloplasmin): _____
<b>Fragestellung:</b>    Unterschrift: _____ Tel. für Rückfragen: _____

Bitte die fett eingerahmten Felder vollständig ausfüllen (leserliche Durchschriften)!

### Bearbeitung

Arzt-Kürzel:

MTA-Kürzel:

Akkreditiert durch die  
 Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) nach DIN EN ISO/IEC  
 17020 : 2012  
 D-IS-14063-01-00

