

		Auftrag zur hepatopathologischen Untersuchung an:															
Patient	Prof. Dr. K.W. Schmid Hufelandstraße 55 45122 Essen Telefon: (0201)723-2890		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Untersuchung</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LP</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Untersuchung	Anzahl	HE		LP									
	Untersuchung	Anzahl															
HE																	
LP																	
	Eingangsdatum																

Stationär Regelleistung Wahlleistung/Arzt **Ambulant:** Kasse Privat

Transplantatleber: Ja Nein , **Datum der Transplantation:**
bei Grunderkrankung:

Klinische Anamnese/ Symptome/ Befunde/ Verdachtsdiagnose:

Alkohol-Abusus:

Bluttransfusionen:

Bisherige Therapie, Medikamente:

Vorbefunde: **Eildiagnostik?:** Ja Nein Bitte Tel und Fax:

Untersuchungsbefunde:

Bilirubin gesamt:	GOT:	Gamma-GT:
Bilirubin direkt:	GPT:	alk. Phosphatase:
HBsAg:	Anti-HBs:	Anti-HBc:
HBeAg:	Anti-HBe:	Anti-HAV-IgM:
HCV-AK:	HCV-RNA :	Gamma-Globuline:
ANA:	AMA:	
sonstige Serologie:		

Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____