

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Leberbiopsie

Kopie an:

Datum der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

Klinische Angaben:

(leer lassen)

Dauer der Symptome:

Alkohol: i.v. Drogen: Port. Hypert.: Aszites:

Adipositas Diabetes mellitus Hyperlipidämie Ikterus

Medikamente:

Bildgebung:

Fragestellung:

Laborwerte:

SGPT/ALT: SGOT/AST: γ -GT: alk. Phase:

Bili: Quick: Albumin: γ -Globulin:

Ferritin: α -Fetoprotein: Andere:

Hepatitis B (HBV):

HBs-Ag: anti-HBs: anti-HBc (IgG/IgM):

HBeAg: anti-HBe: HBV-DNA:

Hepatitis C (HCV):

Anti-HCV: HCV-RNA: HCV-RNA quant:

Andere Marker:

Hepatitis A (HAV): Andere Erreger:

AMA: ANA: ASMA: Andere: