

**Terminvereinbarungen** erfolgen ausschließlich über  
DaMe: **KAGES181**. Falls kein DaMe vorhanden ist,  
bitten wir um **postalische Zusendung**.

LKH Graz II, Standort West  
Göstinger Straße 22, 8020 Graz  
+43 316/5466-6023  
DaMe: **KAGES181**  
www.lkh-graz2.at

## Erstvorstellung Leberambulanz

Patient:innendaten:	Zuweiser:innendaten: Ärzt:innenstempel/Abteilungsstempel
Name: _____	Name: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
SV-Nr./Geb.Datum: _____	DaMe/E-Mail: _____

**Dringlichkeit hoch** (Vorstellung innerhalb 6 Wochen)

**Begründung/Fragestellung:**

**Größe/Gewicht des/der Patient:in:** \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

**Diabetes:**  ja  nein

**Vollständig erforderliche Vorbefunde als Beilage:**

- Aktuelles Labor mit zumindest: AST, ALT, GGT, AP, Bilirubin, Albumin; Eisenstatus; Kreatinin, Thrombozyten, PZ/PZ-INR
- Aktuelle Medikation (Präparatname, Dosis, Signatur)

**Falls vorhanden bitte beilegen:**

- Hepatitisserologie (HAV-IgM, HBs-AG, HBs-AK, Anti-HBc, HB-IgM, HCV-AK)
- Oberbauchsonografie (Befund beilegen)
- Gastroskopie (Ösophagusvarizen?)
- MR/CT
- Sonstige Befunde: \_\_\_\_\_

<b>Eingelangt am:</b>	<b>Bearbeitet von:</b>
-----------------------	------------------------

**Empfehlung/Prozedere:**

**Termin Leberambulanz:**  nein  ja, am: \_\_\_\_\_