

# Anweisung zur histo-pathologischen Untersuchung

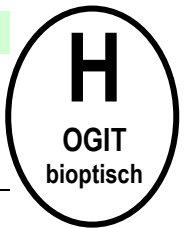
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

**Landeskrankenhaus Graz II, Standort West, Institut für Pathologie**

Vorstand: Prim. Univ.-Prof. Dr. Sigurd F. Lax

8020 Graz, Göstinger Straße 22, Tel.: (0316) 5466 – 5502, Fax: (0316) 5466-5504

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



## Patientendaten: (Etikett oder Pflichtfelder★)

## Zuweiserdaten: (Pflichtfelder★)

Felder für Patho

|                                                                      |               |                                                                                     |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AZ.:                                                                 |               | Stempel/Name von LKH/Abt./Arzt★:                                                    |                                                                                                                                                                           |
| Familienname★:                                                       |               | Zuständiger Arzt★: _____ Tel. Nebenstelle★: _____<br>Bitte freilassen für E-Nummern |                                                                                                                                                                           |
| Vorname★:                                                            |               |                                                                                     |                                                                                                                                                                           |
| Frühere Name (Geburtsname/Mädchenname):                              |               |                                                                                     |                                                                                                                                                                           |
| Geschlecht★: <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀ | SV-Nr★: _____ | Geburtsdatum★: _____                                                                | Amb / Stat★: <input type="checkbox"/> amb / <input type="checkbox"/> stat      Vers.: _____      Gebührenklasse★: <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> S |

## Materialdaten: (Pflichtfelder★)

|                                 |                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gewinnung (PE, endoskop. Abt.)★ | Organgebiet:<br><b>Oberer Gastro-intestinaltrakt</b> <input type="checkbox"/> Ösophagus / <input type="checkbox"/> Magen / <input type="checkbox"/> Duodenum<br>Sonstige Lokalisation★: _____ |
| Entnahmedatum:                  | Wünsche:<br><input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> Rückruf unter _____                                                                                                        |

L-Code: \_\_\_\_\_ Sek \_\_\_\_\_

Foto ☐ / Einfrieren ☐

Fixiert ⌚ ....

Aufgeschnitten ⌚ ....

## Klinische Angaben:

## Kurzanangaben zum OGIT:

|                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                 |                                       |                                             |                                      |                                        |                                         |                                |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| Verdachtsdiagnosen, bisherige Therapie, Fragestellung: | Abdominelle Beschwerden seit: _____<br><b>Anamnestiche Daten (derzeit od. vor kurzem):</b><br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vit. B12-Mangel?</td> <td><input type="checkbox"/> NSAR ?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SH-Atrophie?</td> <td><input type="checkbox"/> Alkohol / Nikotin?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HP bekannt?</td> <td><input type="checkbox"/> Galle-Reflux?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HP therapiert?</td> <td><input type="checkbox"/> GERD?</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Vit. B12-Mangel? | <input type="checkbox"/> NSAR ? | <input type="checkbox"/> SH-Atrophie? | <input type="checkbox"/> Alkohol / Nikotin? | <input type="checkbox"/> HP bekannt? | <input type="checkbox"/> Galle-Reflux? | <input type="checkbox"/> HP therapiert? | <input type="checkbox"/> GERD? |
| <input type="checkbox"/> Vit. B12-Mangel?              | <input type="checkbox"/> NSAR ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                                 |                                       |                                             |                                      |                                        |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> SH-Atrophie?                  | <input type="checkbox"/> Alkohol / Nikotin?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                 |                                       |                                             |                                      |                                        |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> HP bekannt?                   | <input type="checkbox"/> Galle-Reflux?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |                                 |                                       |                                             |                                      |                                        |                                         |                                |
| <input type="checkbox"/> HP therapiert?                | <input type="checkbox"/> GERD?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                           |                                 |                                       |                                             |                                      |                                        |                                         |                                |

## Probenbezeichnung im Detail:

Entnahmeort / Anzahl der Proben / Kurzbeschreibung:

|  |    |
|--|----|
|  | 1. |
|  | 2. |
|  | 3. |
|  | 4. |
|  | 5. |
|  | 6. |

