

Zuweisung zur histo-pathologischen Untersuchung

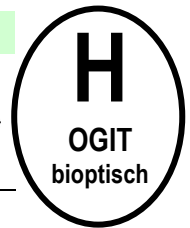
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Landeskrankenhaus Graz II, Standort West, Institut für Pathologie

Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Oleksiy Tsybrovskyy

8020 Graz, Göstinger Straße 22, Tel.: (0316) 5466 – 5502, Befundauskunft: (0316) 5466-5505

E-Mail: pathologie@lkh-graz2.at



Patientendaten: (Etikett oder Pflichtfelder★)

Zuweiserdaten: (Pflichtfelder★)

Felder für Patho

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

Bitte freilassen für E-Nummern

Materialdaten: (Pflichtfelder★)

Gewinnung (PE, endoskop. Abt.)★	Organgebiet:
Entnahmedatum:	<div style="background-color: #cccccc; padding: 2px; display: inline-block;">Oberer Gastrointestinaltrakt</div> <input type="checkbox"/> Ösophagus / <input type="checkbox"/> Magen / <input type="checkbox"/> Duodenum
	Sonstige Lokalisation★: Wünsche: <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> Rückruf unter

L-Code: Sek

Foto / Einfrieren

Fixiert um

Aufgeschnitten um....

Klinische Angaben:

Kurzangaben zum OGIT:

Verdachtsdiagnosen, bisherige Therapie, Fragestellung:	Abdominelle Beschwerden seit: Anamnestische Daten (derzeit od. vor kurzem): <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:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6.
--	--