

# Anweisung zur histo-pathologischen Untersuchung

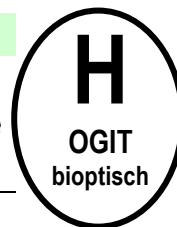
Steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

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

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

8020 Graz, Göttinger 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★: _____	
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

Bitte freilassen für E-Nummern

## Materialdaten: (Pflichtfelder★)

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

L-Code:

Sek

Foto  / Einfrieren

Fixiert ☹ ....

Aufgeschnitten ☹ ....

## Klinische Angaben:

## Kurzangaben zum OGIT:

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