

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum der Entnahme		Eingangsdatum
<p style="text-align: center;"><u>Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel</u></p>		
<b>Stationär</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Hybrid-DRG</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/> $\alpha$ <input type="checkbox"/> Ú[ • cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>		

Klin. Diagnose, Fragestellung:

---



---

 <b>UNIVERSITÄTSmedizin.</b> <small>MAINZ</small> <b>Institut für Pathologie</b> Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		 
 MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		 
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04		
Journalnummer		
Material (Art, Entnahmestelle)		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Labordaten	
Bilirubin ges.	
Bilirubin direkt	
Prothrombin	
GOT	
GPT	
GLDH	
$\gamma$ -GT	
AP	
CDT	
Eisen	
Ferritin	
Kupfer	
Albumin	
Alpha-FP	
Ca 19-9	
Sonst.: _____	

Serologie	
<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-CMV-IgM
<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> ANF
<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> AMA
<input type="checkbox"/> HCV-RNA	<input type="checkbox"/> ANA
<input type="checkbox"/> HBeAg	<input type="checkbox"/> SMA
<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> pANCA
<input type="checkbox"/> Anti-HAV-IgM	<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> Anti-EBV-IgM	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Weitere Angaben
<input type="checkbox"/> Medikamenten
<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Bluttransfusionen
<input type="checkbox"/> Z.n. Lebertransplantation
<input type="checkbox"/> Z.n. KM- od. Nierentransplantation