

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEK	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	Arzt-Nr.		Datum			

Untersuchungsantrag - Leberbiopsie

OptiPath®

MVZ für Pathologie Frankfurt GbR

Ginnheimer Landstr. 86
60487 Frankfurt am Main
Tel.: 069 / 951447-0
Fax: 069 / 951447-50
E-Mail: info@opti-path.de
www.pathologie-frankfurt.de

Durch die DAkkS nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012
akkreditiertes Medizinisches Versorgungszentrum
„OptiPath“

Die Akkreditierung gilt nur für den in der
Urkundenanlage D-IS-18575-01-00 aufgeführten
Akkreditierungsumfang

Akkreditiert nach: DIN EN ISO/IEC 17020

Antrag Leberbiopsie

Klinische Angaben

Fragestellung

Vertragsarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes

Anamnese

nein ja

i.V.Drogen

wann

Alkohol

Menge

Transfusionen

wann

Medikamente

seit

seit

seit

Befunde

nein ja

Adipositas

Ikterus

Aszites

Oesophagusvarizen

Splenomegalie

Laborwerte

normal erhöht

Wert

SGPT/ALT

SGOT/AST

γGT

Alk-Posphatase

Ferritin

αFP

HBV	HBsAg	anti-HBs	Anti-HBc IgG/IgM
	HBeAg	antiHBe	HBV-DNS
HCV	anti-HCV	HCV-RNS	HCV RNS quant
Andere Erreger	anti-HAV/IgG/IgM	CMV	EBV
Autoimmun Marker	ANA	AMA	ASMA

andere

Bildgebung US/CT/MR