

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

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Department für Diagnostik

Institut für Pathologie

Direktor: Prof. Dr. med. Hendrik Bläker
 Liebigstraße 26, Haus G, 04103 Leipzig
 Telefon 0341 9715000
 Fax 0341 9715009

Histologie / Zytologie

Telefon 0341 9720782 (Eingangslabor)
 Telefon 0341 9720789 (Befundauskunft)

7

107.3

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

**Einsender
(Stempel)**

Anforderungsdatum

Telefon für Rückfragen

NOTFALL

Behandlungsart		Tarif-Info
Stationär	Ambulant	
Vollstationär	Primär-Abrechnungs-Schein	Pauschale
Teilstationär	Ü-Schein	EBM
Vorstationär	Notfallschein	GOÄ
Nachstationär	BG-Fall (Unfall)	DKG-NT
	Privatabrechnung	BG-T
Privatpat./Selbstzahler	Vereinbarte Einzelleistung	Gutachten
Ärztl. Wahlleistung	Außerhalb der Regelzeit	Forsch./Haush.
Fremdes Haus	Ambulantes Operieren	Forsch./Drittm.

	Material	Indikation
Herzklappen	<input type="checkbox"/> AK (<input type="checkbox"/> bikuspid) <input type="checkbox"/> MK <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> PK <input type="checkbox"/> Bioprothese <input type="checkbox"/> Kunstprothese <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> mit Papillarmuskel <input type="checkbox"/> mit Klappenring/paravalvulär	<input type="checkbox"/> Stenose <input type="checkbox"/> Insuffizienz <input type="checkbox"/> kombiniertes Vitium <input type="checkbox"/> Endokarditis (<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne entsprechende Klinik <input type="checkbox"/> bereits Keimnachweis in Blutkultur) <input type="checkbox"/> Vor-OP (<input type="checkbox"/> Rekonstruktion <input type="checkbox"/> Ersatz <input type="checkbox"/> Z.n. Gefäßprothesenimplantation <input type="checkbox"/> andere: _____)
Aortenwand	<input type="checkbox"/> Aorta ascendens <input type="checkbox"/> Aortenbogen <input type="checkbox"/> Aorta thoracica descendens <input type="checkbox"/> Aorta abdominalis	<input type="checkbox"/> Aneurysma <input type="checkbox"/> Dissektion <input type="checkbox"/> PAU <input type="checkbox"/> Z.n. Gefäßprothesenimplantation <input type="checkbox"/> andere: _____
Herz	<input type="checkbox"/> Endo-Myokardteilresektat nach Morrow <input type="checkbox"/> Ventrikelwandteilresektat (Apex) <input type="checkbox"/> Ventrikelanteil links/rechts <input type="checkbox"/> Vorhof links/rechts <input type="checkbox"/> Herzohr links/rechts <input type="checkbox"/> Herzexplantat	<input type="checkbox"/> LVAD-Anlage <input type="checkbox"/> Herzwandaneurysma <input type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> ICM <input type="checkbox"/> HCM <input type="checkbox"/> Vor-OP (<input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> LVAD <input type="checkbox"/> RVAD <input type="checkbox"/> andere: _____)
anderweitige Entnahme	_____ (genaue Lokalisation/welche Wandanteile)	<input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> Thrombus <input type="checkbox"/> Tumor
Anamnese/ Klinik	<input type="checkbox"/> rheumatisches Fieber <input type="checkbox"/> bekannter Primärtumor <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom (<input type="checkbox"/> klinischer Verdacht <input type="checkbox"/> humangenetisch bereits gesichert) <input type="checkbox"/> andere Grunderkrankung: _____	
<p>Bitte wenn möglich Operationsbericht in Kopie beifügen</p>		

Klinische Diagnose

Frühere histologische Begutachtungen

Unterschrift / Stempel des anfordernden Arztes