

**Gesundheit Nord gGmbH  
Klinikum Bremen-Mitte  
Zentrum für Pathologie**

Chefarzt Dr. S. Hakroush  
St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen  
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896  
E-Mail: [pathologie@klinikum-bremen-mitte.de](mailto:pathologie@klinikum-bremen-mitte.de)

**MVZ Fachärzteezentrum Hanse GmbH  
Fachbereich: Pathologie**

St.-Jürgen-Str. 1 - 28177 Bremen  
Telefon: (0421) 497-73880 Fax: 0421 / 497-1973896  
E-Mail: [pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de](mailto:pathologie@fachaerzteezentrum-hanse.de)

**Patientendaten (Aufkleber):**

Station: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Auftraggeber / Praxisstempel

Ambulant:  (Bitte Überweisung beifügen!)    Stationär:     Privat:  (Bitte Adresse angeben!)

**Klinische Diagnose und Fragestellungen:**

**Anamnese/ Verlauf/ Vorerkrankungen** (Bitte aktuellen Arztbrief und Laborwerte beifügen!):

Laborbefunde	
GOT: _____	GPT: _____
γGT: _____	AP: _____
Bilirubin: _____	HBV: _____
HCV: _____	
<b>Sonstige Virusmarker</b> (HAV, HDV, HEV, HIV, EBV, CMV, etc.):	
<b>Autoantikörper</b> (Titer bitte vollständig angeben!):	
<b>Sonstige Serumbefunde</b> (AFP, CHE, Immunglobuline, Ferritin, Fe Coeruloplasmin):	

Transplantatleber     Tx-Datum: \_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_

Alkohol: \_\_\_\_\_    BMI: \_\_\_\_\_    Diabetes:  nein     ja, seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Zuständiger Arzt

\_\_\_\_\_  
Telefon/ Pieper

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Dokumentenstatus: Freigegeben	Wiedervorlagestatus: Gültig bis 13.12.2024
Erstellt von: Becker, Markus	Gültig bis: 13.12.2024
Geprüft von: Becker, Markus	Dateiname: 15b Antrag auf hepatopathologische Begutachtung
Freigegeben von: Peter, Melanie	Seite 1 von 1