

Untersuchungsanforderung Plazenta

Patientendaten Familienname: Vorname: m/w: Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.: AZ/Fallzahl:	Einsenderangaben/Stempel Arzt/Ärztin: Klinik/Abteilung: Tel.Nr.: Unterschrift:
Gebührenklasse: <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse	Behandlung: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

Organ <input type="checkbox"/> Plazenta Lokalisation <input type="checkbox"/> Sonstiges: Untersuchungs- material: <input checked="" type="checkbox"/> Op-Präparat <input type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: Beginn der Fixierung::..... Uhr Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std. Beginn der warmen Ischämie:..... Uhr / Beginn der kalten Ischämie:..... Uhr	Datum Zeit der Entnahme :	Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE
<input type="checkbox"/> Unfixiert (nativ) <input type="checkbox"/> Schnellschnitt-Diagnostik <input type="checkbox"/> Nativ für BioBank Beginn Transport::..... Uhr		

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Angaben zur Mutter:

Gravida Para

SSW:

Mütterliche Besonderheiten:

Gewicht:

Vorerkrankungen:

Fragestellungen/Angaben zur Schwangerschaft/Zwillingsschwangerschaft:

Angaben zum Kind: Kind 1 Gewichtg Apgar/...../..... Angaben zum Kind: Kind 2 Gewichtg Apgar/...../.....	Arzt/Ärztin für Rückfragen: Name: Tel.Nr:
--	--

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden