

**Patientenvorstellung – Hochschulambulanz für hepatobiliäre und gastrointestinale Erkrankungen**

**Patientendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus:            gesetzlich                             privat

Verdachtsdiagnose / Überweisungsgrund: \_\_\_\_\_

Terminierung mit:                    Arztpraxis                             Patient

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum: Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

Infektiös:                            Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

MRE:                                    Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

Allergien:                            Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

Diabetes:                              Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

OAK:                                    Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen:            Ja     Nein  wenn ja: \_\_\_\_\_

Dauermedikation: bitte schicken Sie diesen als Anhang mit

**Wichtig! Die u. g. Basisdiagnostik ist Voraussetzung.**

**Allgemeine Leberwerte:**

GOT \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_ gGT \_\_\_\_\_ Bilirubin \_\_\_\_\_ AP \_\_\_\_\_ Thrombozyten \_\_\_\_\_

**Hepatitis Serologie:** HBs- Antigen \_\_\_\_\_ Anti HBC \_\_\_\_\_ Anti HCV \_\_\_\_\_

**Autoimmunerkrankung:** Immunglobulin G \_\_\_\_\_ Immunglobulin M \_\_\_\_\_ ANA \_\_\_\_\_

**Eisen-/ Kupferstoffwechselstörung:** Eisen \_\_\_\_\_ Ferritin \_\_\_\_\_ Transferrin \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung / Behandlung:**

Unklare Hepatopathie             Bek. Chron. Hepatopathie                             Fettleber

Autoimmunerkrankung             Hepatitis Abklärung     Elastographie                             Koloskopie

Vorstellung Leberbiopsie             Morbus Wilson             Hämochromatose             Sonstiges: \_\_\_\_\_

Leberraumforderung/ unklarer Lebertumor  **Bitte erfolgte Bildgebung teleradiologisch übermitteln**

**Bitte das vollständig ausgefüllte Formular per Fax an 0234 299 – 3488 oder per Email an ahs-hepa@kk-bochum.de zusenden.**

Arztstempel Zuweiser (zwingend erforderlich)