

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)