

ANLAGE zum Begutachtungsantrag / Herzbiopsien

Nephropathologische Abteilung
 des Universitätsklinikums
 Leiterin: Frau Prof. Dr. K. Amann
 Pathologisches Institut
 Krankenhausstr. 8-10
 91054 Erlangen
 Tel: 09131-85 32605, 85 32291 oder 85 36095
 Fax: 09131-85-32600, 85 32620 oder 85-35741

Absender:

PATIENT: (Name, Vorname) Geb.-Datum: Station: Tel.-Nr.: Krankenkasse: Privat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Eigenherz:
	<input type="checkbox"/> Transplantatherz: zuständiger (Ober-)arzt und Tel. Nr.:
	histopathologischer VORBEFUND Nr.: vom:
	(Empty space)

Klinische Diagnose und Fragestellung:	V.a. <input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> DCM <input type="checkbox"/> HCM	<input type="checkbox"/> Amyloidose <input type="checkbox"/> M.Fabry <input type="checkbox"/> andere Speichererkrankung
--	---	---

Wichtige Daten aus Anamnese und Verlauf: (Empty space)
--

bei Transplantatbiopsien:	wievielte Transplantation: _____	Datum der Transplantation: _____	Grundleiden: _____
Basisimmunsuppression: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____			
Steroide: _____ CyA: _____ FK506: _____ MMF: _____			
<input type="checkbox"/> Basiliximab/Daclizumab <input type="checkbox"/> ATG / ALG <input type="checkbox"/> OKT3			
Abstoßungstherapie unmittelbar vor der Biopsie: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein			
wenn ja, welche: _____ DSA: ja /nein			

Befunde vom: EF (%): _____ KHK: ja ___ nein ___ Diabetes: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ Hypertonus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ Blutdruck (mmHg): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____