



Untersuchungsauftrag Osteopathologie bei orthopädischen Fragestellungen / V. a. Tumor

Befundabfrage:
Telefon 040 7410-59361
Telefax 040 7410-54961
patho@uke.de

Einsender:

Adresse:

Ärztin / Arzt:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Wichtig für
Rückfragen!**

Patientendaten / Aufkleber:

Station _____
Name _____ Vorname _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Geburtsdatum _____ Versicherung _____

Versichertenstatus

GKV (Kasse) PKV (privat)
 private Zusatzvers. Wahlleistung

Zusatzversicherung
 ambulant stationär

Lokalisation:

rechts / links _____ Hüfte Knie OSG USG Hand Schulter Ellenbogen
Meniskus: innen / außen
Bandscheibengewebe: HWK BWK LWK
Wirbelsäule: HWK BWK LWK
Radiologische Bilder: Centricity Röntgenbilder (2 Ebenen) CT MRI Scinti

Schnellschnitt cito

Entnahmedatum: _____

Anzahl Präparate: _____

Ärztin / Arzt: _____

Unterschrift

Klinische Angaben (Anamnese, Vorfunde, radiologische und/oder klinische Diagnose, Fragestellung):

Prothetik:

_____-Endoprothese _____-Typ / Hersteller
Implantation (Datum) _____
Lockerung ja / nein _____-Gleitpaarung
radiolucent line ja / nein
Osteolyse ja / nein _____-nicht zementiert

Infekt:

Dauer der Antibiose: _____
Mikrobiologie: _____