

Patientenvorstellung – Hochschulambulanz für hepatobiliäre und gastrointestinale Erkrankungen

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

Zwingend erforderlich: Direkter Zuweiser-Kontakt für Rückfragen: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich ☐ privat ☐

Verdachtsdiagnose/Überweisungsgrund: _____

Terminierung mit: Arztpraxis ☐ Patient ☐

Größe: _____ Gewicht: _____

Alkoholkonsum: 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: ☐

Elastographie: ☐

Hämochromatose: ☐

Vorstellung Leberbiopsie: ☐

sonstiges: ☐ _____

Autoimmunerkrankung: ☐

Hepatitis Abklärung: ☐

Morbus Wilson ☐

Koloskopie: ☐

Hepatitis Abklärung: ☐

Leberraumforderung/unklarer Lebertumor: ☐

Bitte erfolgte Bildgebung
teleradiologisch übermitteln

Zwingend erforderlich: Arztstempel/Unterschrift