

TRANSPLANTATIONSRUFBEREITSCHAFT

Antrag zur pathologisch-histologischen Begutachtung von Spenderbiopsien

E.T.-Nr.		Einsender:	
Geb.-Datum:			Klinik/Station:
Untersuchung: Schnellschnitt (in NaCL) <input type="checkbox"/> (Dauer 1 h) Schnelleinbettung (in Formalin) <input type="checkbox"/> (Dauer 4 h)			Arzt: Pieper:
Befunddurchsage: FAX: 538998427		Tel. 555530	
Klinische Angaben:		E-Nr.:	
		Eingang:	
		Ausgang:	

Pathologisch anatomische Begutachtung

Makroskopie:			
Niere rechts	Niere links	Leber	anderes Organ
Repräsentativität	Repräsent.	Repräsent.	
Glomerula	Glomerula	Parenchym	
Gefäße	Gefäße	Portalfelder	
Tubuli	Tubuli	Verfettung	
Sonstiges	Sonstiges	Sonstiges	
Beurteilung:			
Kommentar zur Eignung für die Transplantation			
<input type="checkbox"/> geeignet <input type="checkbox"/> eingeschränkt geeignet			Unterschrift Pathologe
<input type="checkbox"/> Wesentliche Einschränkung der Transplantabilität, bitte ärztliche Rücksprache unter der Rufnummer: 0176/15328363			