



# 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, Vorbefunde, 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: \_\_\_\_\_