

Einsender:

Praxisstempel

Datum:

Antrag auf pathologisch-histologische Untersuchung

Besitzer:

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

Tier:

Name:

Art:

Rasse:

Geburtsdatum:

Geschlecht: m w kastr.

Rechnung an: Besitzer Tierarzt **Fixierung:** Formalin Sonstiges.....

Neue Vordrucke erwünscht:

Bei entsprechendem Befund ist eine immunhistologische Untersuchung (Zusatzkosten bis 50 €) erwünscht:

Tumorexstirpat (bitte Vorderseite ausfüllen)

Hautbiopsat (bitte Rückseite ausfüllen)

Sonstiges (bitte Vorderseite ausfüllen).....

Klinischer Vorbericht/Diagnose:

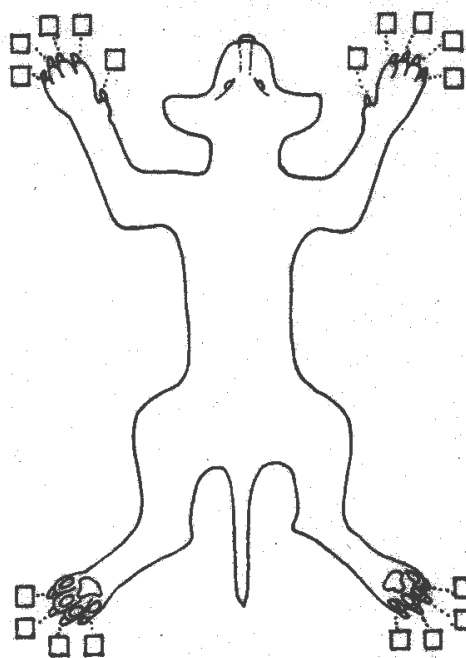
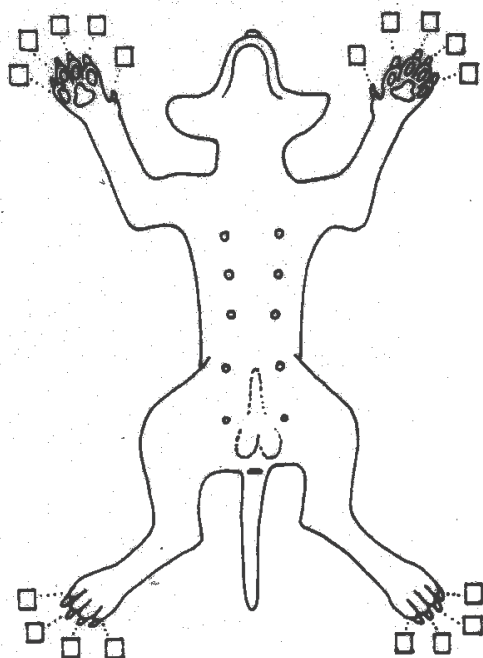
Lokalisation der Veränderung (ggf. im Schema einzeichnen):.....

Operiert am: <input type="checkbox"/> unbekannt		Besteht seit: <input type="checkbox"/> unbekannt	
Wachstum: <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> langsam		Schon einmal operativ entfernt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Verdacht auf Metastasen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wo?):			
Größe:	Eingesandt: <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> Tumorteil	Auftreten: <input type="checkbox"/> solitär <input type="checkbox"/> multipel	
Kapsel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Regionäre Lymphknoten beteiligt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rezidiv: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Besondere Beobachtungen:

Behandlung:

Falls untersucht, frühere Tgb.-Nr. (Diagnose):



Hautbiopsat

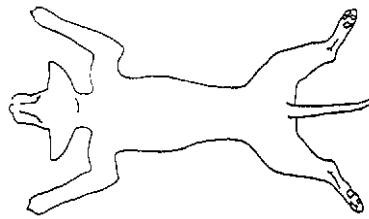
KLINISCHE BEFUNDE:

Lokalisation/Größe d. Veränderungen:

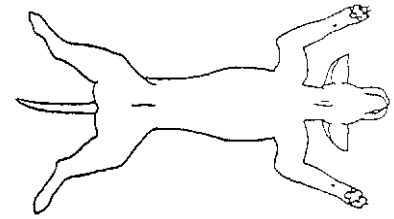
.....

Bemerkungen:

.....



dorsal



ventral

Pruritus (zutr. bitte ankreuzen): keiner mäßig hochgradig

Auslandsaufenthalt: nein ja (wann/wo?).....

Saisonale Abhängigkeit: nein ja (wann?).....

Effloreszenzen/Pigmentstörungen:

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Makula | <input type="checkbox"/> Blasen | <input type="checkbox"/> Erosion | <input type="checkbox"/> Hyperpigmentierung |
| <input type="checkbox"/> Papel | <input type="checkbox"/> Pusteln | <input type="checkbox"/> Exkoration | <input type="checkbox"/> Hypopigmentierung |
| <input type="checkbox"/> Knoten | <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> Ulzeration | |
| <input type="checkbox"/> Vesikel | <input type="checkbox"/> Krusten | | |

Alopezie: ja nein

Andere Krankheitssymptome:

.....

Bisherige diagnostische und therapeutische Maßnahmen:

Bakteriologie: Mykologie:

Parasitologie: Blutbild / Hormonstatus:

Allergietests:

Vorbehandelt? ja nein

Art der Behandlung		Dauer	Lokal	Systemisch	Präparat
Glucocorticoide	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antihistaminika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antibiotika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antimykotika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antiparasitika	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salben	<input type="checkbox"/>				
Shampoo	<input type="checkbox"/>				
Anderes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ansprechen auf Therapie: ja vorübergehend nein

weitere Mitteilungen / Bemerkungen: