

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: **Ausführliche Befundung** (zusätzliche Kosten) 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:

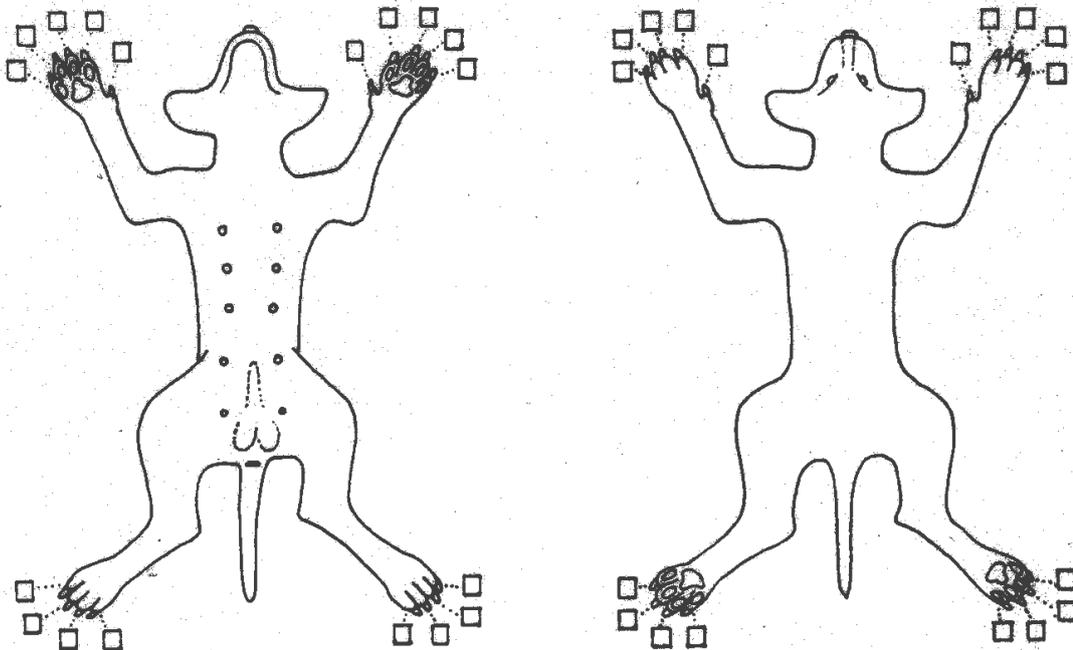
LOKALISATION (ggf. im Schema einzeichnen):.....

Anzahl der Gewebestücke:		Besteht seit: <input type="checkbox"/> unbekannt
Wachstum: <input type="checkbox"/> schnell <input type="checkbox"/> langsam		Rezidiv: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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	

Besondere Beobachtungen:

Behandlung:

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



Hautbiopsat

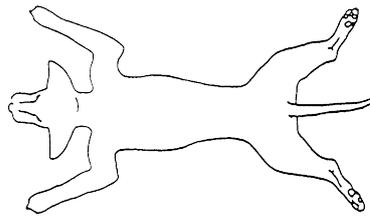
KLINISCHE BEFUNDE:

Lokalisation/Größe d. Veränderungen:

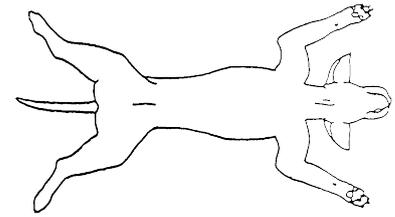
.....

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: