



Eingangsdatum:

Journal-Nr.:

vom Institut auszufüllen

Auftrag zur histologischen Untersuchung von Einsendungen

Auftraggeber (i. d. R. Tierarzt):

Praxis / Firma:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Tel.:

E-Mail, ggf. zusätzlich Fax:

Tierbesitzer:

Firma:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Tel.:

E-Mail:

Befund an: Auftraggeber Besitzer Rechnung an: Auftraggeber Besitzer

Tierart/Rasse: Entnahme am:

Geschlecht: w wk m mk Fixierung in: Formalin anderes:

Alter: Gewicht: Kennzeichen/ID/Klinik-Nr.:

Tumorexstirpat oder Zytologie – bitte Vorderseite ausfüllen

Klinischer Vorbericht:

Hautbiopat – bitte Rückseite ausfüllen

Sonstiges

a) Seit wann beobachtet:

b) Größe: komplett / Tumorteil c) Solitär Multipel

d) Kapsel: Ja Nein e) Regionäre Lymphknoten beteiligt: Ja Nein

c) Verdacht auf Fernmetastasen: Nein Ja , wo:

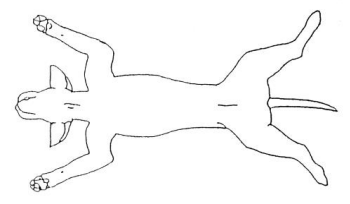
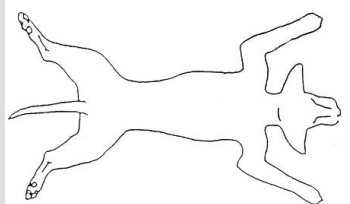
g) Rezidiv: Ja Nein

wenn bereits untersucht, bitte alte Journal-Nr. angeben: Diagnose:

h) besondere Beobachtungen:

i) Behandlung:

j) genaue Lokalisation der Veränderung bitte in das Schema einzeichnen und Entnahmestelle ankreuzen:

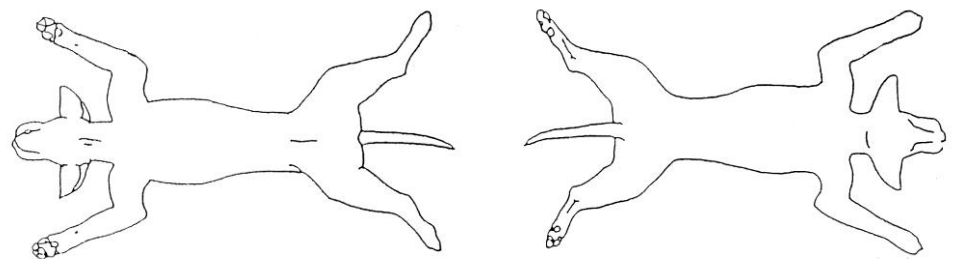



Klinische Befunde:

Pruritus (zutr. bitte ankreuzen): keiner mäßig hochgradig

Lokalisation der Veränderungen (//////) und Biopsie-Entnahmestelle (X) bitte einzeichnen!

Bemerkungen:



Effloreszenzen:
 (zutr. bitte einkreisen und zeitl. Folge mit 1 2 3 usw.)

Makula (rot, schwarz, blau, weiß, gelb, grün)	Papel <input type="checkbox"/>	Knoten <input type="checkbox"/>
Vesikel <input type="checkbox"/>	Depigmentierung <input type="checkbox"/>	Pusteln <input type="checkbox"/>
Hyperpigmentierung <input type="checkbox"/>	Schuppen <input type="checkbox"/>	Krusten <input type="checkbox"/>
Erosion <input type="checkbox"/>	Exkoration <input type="checkbox"/>	Ulzeration <input type="checkbox"/>

Alopezie: ja nein bilateral symmetrisch ja nein

Andere Krankheitssymptome:

Laboruntersuchungen:

Bakt.: Mykologie:
 Parasitologie: Blutbild / Hormonstatus:
 Allergietests:

Therapie:

Vorbehandelt? Ja nein
 Wenn ja, wie lange? lokal systemisch
 Präparat:
 Ansprechen auf Therapie: ja vorübergehend nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Tierkörper, Organe, Teilstücke und Proben in anonymisierter Form für Lehr- und Forschungszwecke verwendet, gelagert und nach Abschluss entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen entsorgt werden.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Vertragsabwicklung speichern und ggf. an Dritte (Dienstleister für weiterführende Untersuchungen und an die Hauptkasse des Freistaates Sachsen zu Abrechnungszwecken) weiterleiten. Sie haben das Recht, diesem Vorgehen zu widersprechen.

weitere Mitteilungen / Bemerkungen:

Datum: Ort:
 (Unterschrift Besitzer, wenn Rechnungsempfänger) (Unterschrift Einsender)