

Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum

UNTERSUCHUNGSANTRAG

für traumatologisch-orthopädische u. Meniskuspräparate

Einsendender Arzt (Stempel)

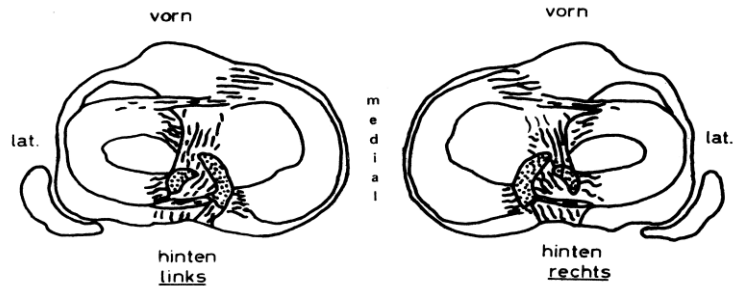
An die Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Olaf Holotiuk
Dr. med. Barbara Zuber
Dr. med. Steffen Kellermann
Fachärzte für Pathologie
Industriestr. 37
01129 Dresden
Tel: 8589985 Fax: 8589986

Dresden, den

UNTERSUCHUNGSGUT

Menisci
 Trauma bekannt?
 (Wann? Welcher Art?):

Risse oder sonstige Veränderungen?
 (bitte in Skizze einzeichnen)



KLINISCHE ANGABEN

Anamnese:
 Beruf(sanamnese)

Datum des Unfalles: _____

BG? Ja Nein
 wenn, ja welche _____

Adäquates Trauma: Ja Nein
 Zeitintervall zw. Ereignis und OP:
 ___ Tage ___ Woche ___ Monate

Bagateltrauma: Ja Nein

Prädisponierende Voraussetzungen für Knieverschleiß:
 Sport _____ Beruf _____
 Dauer _____ Monate/Jahre

Operativer Befund: degenerative Veränderungen
 leicht _____ mäßig _____ schwer _____

Begleiterkrankungen (z. B. Gicht, STW-Erkrankung, Malignität o. ä.):

Weitere klinische Angaben:

Gutachten? Ja Nein

Schon früher histologisch untersucht ?
Wenn ja : Wo ? Wann ? Befundnummer ?

_____ Datum

_____ Unterschrift des Arztes