

Einsender: .....  
.....  
.....  
.....

an das **Institut für Veterinär-Pathologie**

Universität Leipzig  
An den Tierkliniken 33  
04103 Leipzig  
Tel. 03 41/973 82 70  
Fax: 03 41/97 38 299

**Antrag auf histologische Untersuchung von Einsendungen**

**Unters.-Nr.....**

Name, Vorname, Adresse Telefon

Besitzer: .....

Tierart, Rasse: ..... Alter: ..... Geschlecht: m / w / mk / wk

Entnahme am: ..... Fixierung in: [ ] Formalin [ ] anderes: .....

Rechnung an: [ ] Tierarzt [ ] Besitzer Telefax: [ ] nein / ja an Nummer: .....

[ ] Tumorexstirpat – bitte Vorderseite ausfüllen

klinischer Vorbericht/Diagnose: .....

[ ] 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

f) Verdacht auf Metastasen: [ ] Ja [ ] Nein wenn ja, wo: .....

g) Rezidiv: [ ] Ja [ ] Nein

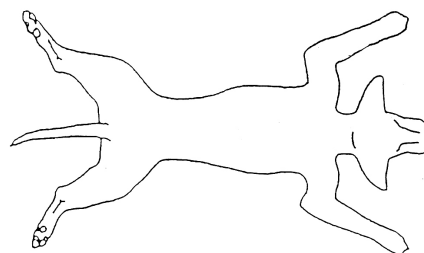
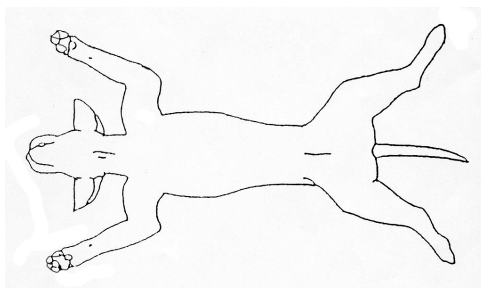
wenn bereits untersucht, bitte alte Tgb.-Nr. angeben: .....

Diagnose: .....

h) besondere Beobachtungen: .....

i) Behandlung: .....

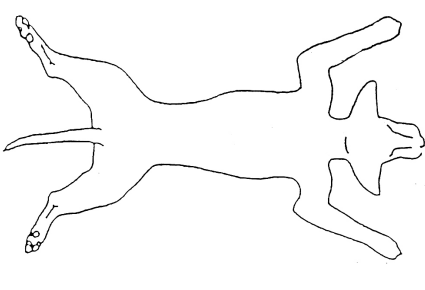
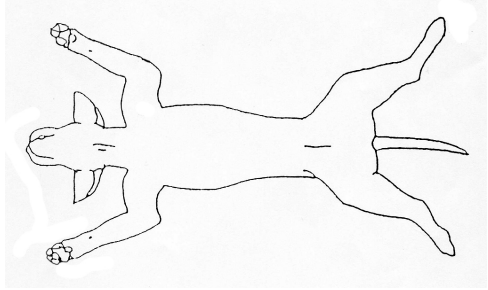
j) genaue Lokalisation der Veränderung bitte in das Schema einzeichnen und Entnahmestelle ankreuzen:



**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.)

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

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

weitere Mitteilungen / Bemerkungen:

.....  
(Unterschrift Besitzer,  
wenn Rechnungsempfänger)

.....  
(Unterschrift Einsender)