

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

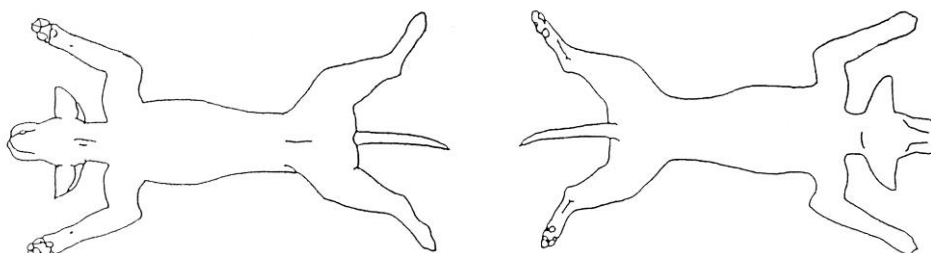
wenn bereits untersucht, bitte alte Tgb.-Nr. angeben: .....

Diagnose: .....

h) besondere Beobachtungen: .....

i) Behandlung: .....

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

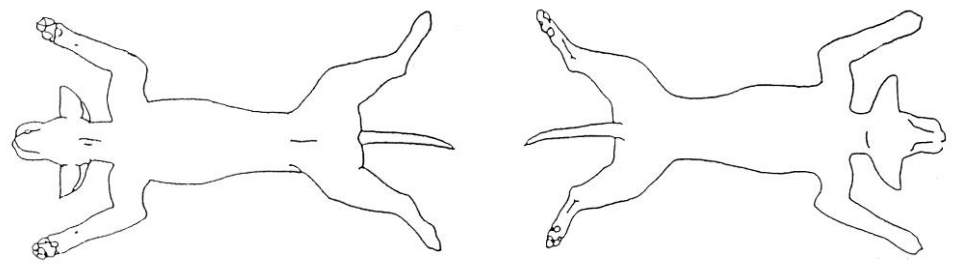


**Klinische Befunde:**

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>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

*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:

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

.....  
(Unterschrift Einsender)