

Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum

# UNTERSUCHUNGSANTRAG

## für traumatologisch-orthopädische u. Meniskuspräparate

Einsendender Arzt (Stempel)

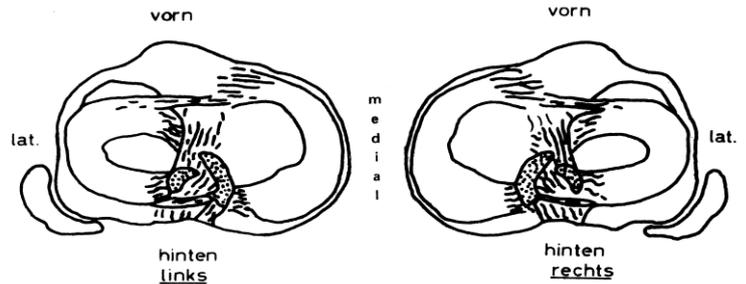
**An die Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Olaf Holotiuk**  
**Dr. med. Barbara Zuber**  
**Dr. med. Steffen Kellermann**  
**Fachärzte für Pathologie**  
**Industriestr. 37**  
**01129 Dresden**  
**Tel: 8589985 Fax: 8589986**

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