

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

PATHOLOGIE

Gemeinschaftspraxis
Popp / Adam / Geißinger

INGOLSTADT

Levelingstr. 21
85049 Ingolstadt

Tel. (0841) 88 55 54- 0
Fax (0841) 88 55 54-12
info@pathologie-ingolstadt.de

Untersuchungsantrag Histologie (ENDO)

EILT

Entnahmedatum: _____

Schnellschnitt (Nativmaterial) Tel.: _____

Uhrzeit: _____

<input type="radio"/>	ambulant (+ Ü-Schein)
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	privat Rechnung an Patient
<input type="radio"/>	ambulant
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	BG

Annahme:		Aufnahme:	
Bemerkung Probeneingang			
Zuschnitt:		Verteiler:	

Einsender:
Vertragsarztstempel / Unterschrift

Untersuchungsmaterial / Lokalisation:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Duodenum | <input type="checkbox"/> Ileum | <input type="checkbox"/> Transversum |
| <input type="checkbox"/> Antrum | <input type="checkbox"/> Ileumzökalklappe | <input type="checkbox"/> li. Flexur |
| <input type="checkbox"/> Corpus | <input type="checkbox"/> Zökum | <input type="checkbox"/> Descendens |
| <input type="checkbox"/> Z-Linie | <input type="checkbox"/> Ascendens | <input type="checkbox"/> Sigma |
| <input type="checkbox"/> Ösophagus | <input type="checkbox"/> re. Flexur | <input type="checkbox"/> Rectum |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | <input type="checkbox"/> Colon Stufenbiopsien |

klinische Diagnose / Fragestellung:

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)