

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

**Einlauf Nr.:**

Eingegangen am:

- ambulant**
- stationär**
- privat**

# Antrag auf Begutachtung gastro-intestinaler Biopsien

an Dr. B. Blume, Prof. Dr. J. Dämmrich, Dr. B. Heine, Dr. M. E. Dämmrich

Fachärzte für Pathologie · Gemeinschaftspraxis

Alte Bahnhofstr. 1 · Postfach 1258 · 97402 Schweinfurt · Tel. 09721/28082 · Fax 09721/16238

Frühere histologische Einsendungen: Nr. \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**1 Eingesandtes Material:** \_\_\_\_\_  
(Art, Entnahmestelle)

Bei Polypen: vollständige Abtragung  PE

**2 Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

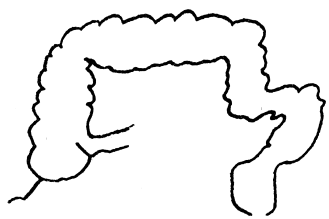
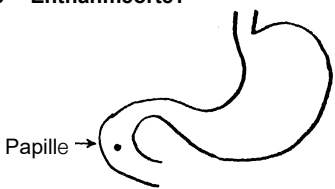
Bei Colitisdiagnostik:

Erstdiagnostik:  ja /  nein Krankheitsdauer: \_\_\_\_\_

Ausbreitung: kontinuierlich / diskontinuierlich

Symptomatik: Diarrhoe wässrig, blutig, perianaler Blutabgang ?

**3 Entnahmeorte:**



bitte markieren

**4 Besondere Fragestellungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einsender:**

Bitte Stempel !

(Unterschrift des einsendenden Arztes)