

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

# PATHOLOGIE

## INGOLSTADT

Dr. Popp · Prof. Dr. Adam · Prof. Dr. Geißinger · Dr. Nagl

Levelingstraße 21  
85049 Ingolstadt

Tel +49 841 88 555 4 - 0  
Fax +49 841 88 555 4 - 12  
info@pathologie-ingolstadt.de

## Untersuchungsantrag Histologie (ENDO)

EILT

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Schnellschnitt (Nativmaterial) Tel.: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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

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"/> <b>Sonstiges:</b> _____ |   | <input type="checkbox"/> Colon Stufenbiopsien |

klinische Diagnose / Fragestellung:
-------------------------------------

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)