

<b>Institut für Pathologie</b> <b>MVZ Böblingen</b> Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. Univ.Skopje T. Tashkova Kirkovska <a href="mailto:pathologie@klinikverbund-suedwest.de">pathologie@klinikverbund-suedwest.de</a>	<b>Telefonnr. 07031 / 668-22588</b> <b>oder -22597</b> <b>Faxnr. 07031 / 668-22894</b>
---	--	--

**Einsenderadresse**

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

**Patientendaten** (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

---

**Ambulant**     Ü-Schein     ASV  
 AOP             Privat

---

**Stationär**     Kasse         Privat

**Medikamenteneinnahme**

<input type="checkbox"/> NSAR / ASS	<input type="checkbox"/> PPI-Therapie	<input type="checkbox"/> Cortison
<input type="checkbox"/> Eradikationstherapie	<input type="checkbox"/> Antibiotikaeinnahme	<input type="checkbox"/> 5-ASA

**Endoskopischer Befund** (bitte ankreuzen)

Ösoph. / Cardia	Magen	Duodenum	Colon
<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> o. B.
<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen	<input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> V. a. Soor	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen	<input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis
<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Tumor

**Kommentar**

Entnahmelokalisation	Entnahmedatum:
PE I	
PE II	
PE III	
PE IV	
PE V	
PE VI	
PE VII	
PE VIII	
PE IX	

**Einsendender Arzt / Ärztin :** \_\_\_\_\_ **Datum / Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_