

Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska E. Gins, Dr. A. Pogrebniak, E. Nordhausen	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894 pathologie@klinikverbund-suedwest.de
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

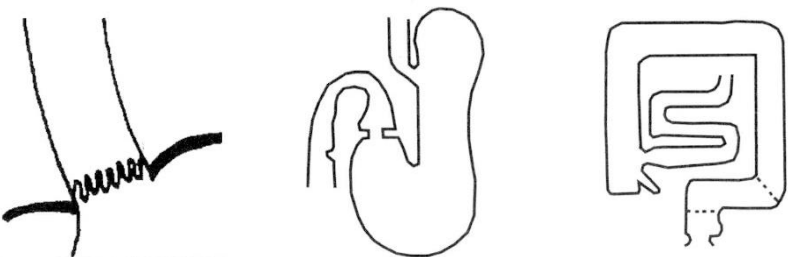
Einsenderadresse
< Anrede >
< Vorname > < Nachname >
< Abteilung >
Station:
< Strasse - Haus-Nr.>
<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)
Ambulant <input type="checkbox"/> Ü-Schein <input type="checkbox"/> ASV <input type="checkbox"/> AOP <input type="checkbox"/> Privat
Stationär <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> 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: _____