

Histologie -

Gastroenterologische Biopsien

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: _____

Geschlecht: Mann Frau

ambulant stationär

Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

Klinische Angaben (inkl. Dauer der Symptome) / Fragestellung

Medikamente: NSAR Protonenpumpenhemmer Anderes:

Endoskopischer Befund:

Bei Kolitis: diffus segmental fokal

Organ / Lokalisation:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

