

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	TK	Knappschaft
Name, Vorname des/der Versicherten bzw. Patientenetikett							geboren am
Kassennummer							Versichertennummer
Vertragsarzt							Status
VK gültig bis				Datum		Geschlecht	
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D	

Untersuchungsantrag zur Histopathologie des Gastrointestinaltrakts (allgemein)



**Institut für Dermatohistologie
Pathologie Molekularpathologie
Dr. Helmut Laaff**

Sasbacher Straße 10
79111 Freiburg
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690
Telefax +49 (0) 761 1203615
E-Mail info@labor-laaff.de
Website www.labor-laaff.de

**Dr. med. Jörn Coldewey
Dr. med. Astrid Kersten
Dr. med. Helmut Laaff
Prof. Dr. med. Annette Hildegard Schmitt-Gräff**

Zutreffendes unbedingt ankreuzen			<input type="checkbox"/> Befund eilt!
KVB I – II	Post B	BG	
Datum/Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes			<input type="checkbox"/> stationär
			<input type="checkbox"/> ambulant
			<input type="checkbox"/> Überweisung beigefügt
			<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert
			<input type="checkbox"/> privat versichert

Telefonnummer für Rücksprache

Befund an folgende Faxnummer

Klinische Angaben/Fragestellung/Verdachtsdiagnose

Vorerkrankungen/Medikation

Entnahmelokalisation

Datum der Entnahme:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

