

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	TK	Knappschaft
Name, Vorname des/der Versicherten				geboren am			
Kassennummer				Versichertennummer		Status	
Vertragsarzt			VK gültig bis		Datum		

Untersuchungsantrag zur Histopathologie des Gastrointestinaltrakts



**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. Helmut Laaff
Dr. Astrid Kersten
Prof. Dr. Annette Schmitt-Gräff
Dr. Andrea Schmitt
Dr. Barbara Wittmeier
Dr. Jörn Coldewey
Paul Czech
Dr. Annette May

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

Name/Telefonnummer für Rücksprache _____

Befund an folgende Faxnummer _____

Material infektiös

nein

ja: _____

Endoskopischer Befund (ggf. Endoskopiebericht beifügen)

Ösophagus / Cardia

- ohne Befund
- Entzündung/Ösophagitis
- Ulcus/Erosionen
- V.a. Soor
- Polypen
- Rote Zunge/V.a. Barrett

Magen

- ohne Befund
- Entzündung / Gastritis
- Ulcus / Erosionen
- Atrophie-Zeichen
- Polypen
- Tumor

Duodenum/Dünndarm

- ohne Befund
- Ulcus / Erosionen
- Atrophie-Zeichen
- Polypen
- Tumor

Colon/Rektum

- ohne Befund
- Diskontinuierliche Colitis
- Kontinuierliche Colitis
- Polypen
- Tumor

Klinische Angaben/Fragestellung/Verdachtsdiagnose

Vorerkrankungen/Medikation

Entnahmelokalisation

Datum der Entnahme: _____

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 8. _____ |
| 2. _____ | 9. _____ |
| 3. _____ | 10. _____ |
| 4. _____ | 11. _____ |
| 5. _____ | 12. _____ |
| 6. _____ | 13. _____ |
| 7. _____ | 14. _____ |

