

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ KV | ☐ Stationär | ☐ Privat |
| ☐ ASV | ☐ AOP 88115 | ☐ Vorsorge |

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

HZM

**Zentrum für Histologie, Zytologie
und Molekularpathologie
Wiesbaden**

Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

T +49 (0)611 424018
F +49 (0)611 42983

info@wiesbaden-patho.de
wiesbaden-patho.de

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
Priv. Doz. Dr. med. Christoph Renné
Priv. Doz. Dr. med. Klaus Willenbrock

Dr. med. Sonja Stallmann*
Dr. med. Susan Trouet*
Dr. med. Britta Walter*

* angestellte Ärztinnen



Interner Barcode

Untersuchungsauftrag Gastroenterologie

☐ Befund eilt

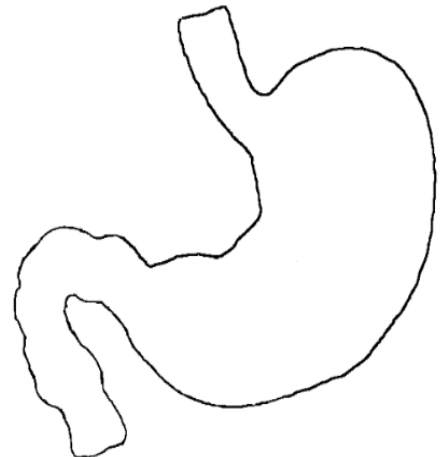
Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Klinische Angaben/Fragestellung

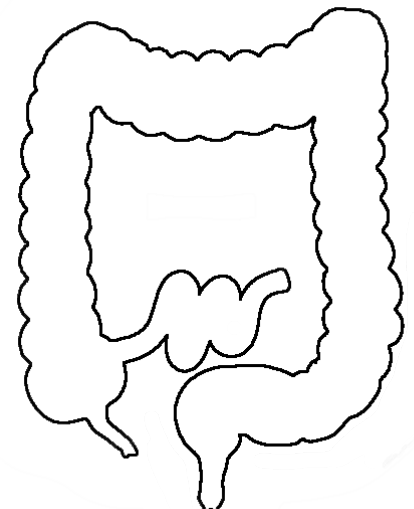
- ☐ Helicobacter pylori
- ☐ Z. n. PPI-Therapie
- ☐ Z. n. H. p.-Eradikation
- ☐ Eosinophile Ösophagitis
- ☐ Barrett-Mukosa
- ☐ Pilzinfektion / Soor
- ☐ Glutensensitive Enteropathie
- ☐ Mikroskopische Colitis
- ☐ Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
- ☐ Neoplasie

Material

- Ösophagus ----
- Z-Linie ----
- Fundus ----
- Korpus ----
- Antrum ----
- Pylorus ----
- Bulbus ----
- Duodenum ----



- Term. Ileum ----
- Zökum ----
- C. ascendens ----
- Rechte Flex. ----
- C. transv. ----
- Linke Flex. ----
- C. desc. ----
- C. sigmoid. ----
- Rektum ----
- Analkanal ----



Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an