

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum

## Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann  
 PD Dr. med. Christoph Renné  
 PD Dr. med. Klaus Willenbrock  
 Dr. med. Sonja Stallmann\*  
 Dr. med. Susann Trouet\*  
 Dr. med. Britta Walter\*  
 \*angestellte Ärztinnen

Ludwig-Erhard-Str. 100  
 65199 Wiesbaden  
 Tel.: 0611 424010  
 Fax: 0611 429830  
 praxis@pathologie-wiesbaden.de  
 www.pathologie-wiesbaden.de



Interner Barcode

KV  Stationär  Privat   
 ASV  AOP 88115  Vorsorge

Einsender (Kassenarztstempel)

### Untersuchungsauftrag

**Gastroenterologie**

**EILT**

### Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Z. n. PPI-Therapie	<input type="checkbox"/>	Ösophagus	___	
Z. n. H. p.-Eradikation	<input type="checkbox"/>	Z-Linie	___	
Eosinophile Ösophagitis?	<input type="checkbox"/>	Fundus	___	
Barrett-Mukosa?	<input type="checkbox"/>	Korpus	___	
Pilzinfektion / Soor?	<input type="checkbox"/>	Antrum	___	
Glutensensitive Enteropathie?	<input type="checkbox"/>	Pylorus	___	
Mikroskopische Colitis?	<input type="checkbox"/>	Bulbus	___	
Chronisch-entzündliche Darmerkr.?	<input type="checkbox"/>	Duodenum	___	
Neoplasie?	<input type="checkbox"/>	Term. Ileum	___	
		Zökum	___	
		C. ascendens	___	
		Rechte Flex.	___	
		C. transv.	___	
		Linke Flex.	___	
		C. desc.	___	
		C. sigmoid.	___	
		Rektum	___	
		Analkanal	___	

Nachrichtlich an:  
 Datum, Unterschrift

### Pathologie intern, bitte nicht ausfüllen

**Makroskopie:**

Leistungserfassung: KV  S  P

19310 ___	4800 ___	Fotodok. ___	Farbmark. ___	Nachbericht ___
19312 ___	4802 ___	Polarisation ___	Zentrum ___	DFÜ/Fax ___
19320 ___	4815 ___	Makropr. ___	Scoring ___	Auslagen ___
19321 ___	4815A ___	Kettenpr. ___	4872A ___	Steig.-faktor ___
19322 ___	4816 ___	Makromo. ___	01743 ___	Begründung ___
40100 ___	4852 ___	Mikromo. ___	01768 ___	