

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

## Untersuchungsantrag Histologie (ENDO)

EILT

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Schnellschnitt (Nativmaterial) Tel.: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

<input type="radio"/>	ambulant (+ Ü-Schein)
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	Hybrid
<input type="radio"/>	privat Rechnung an Patient
<input type="radio"/>	ambulant
<input type="radio"/>	stationär
<input type="radio"/>	BG

Annahme:	Aufnahme:
Bemerkung Probeneingang	
Zuschnitt:	Verteiler:

Einsender:
Vertragsarztstempel / Unterschrift

### Untersuchungsmaterial / Lokalisation:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Duodenum         | <input type="checkbox"/> Ileum            | <input type="checkbox"/> Transversum          |
| <input type="checkbox"/> Antrum           | <input type="checkbox"/> Ileumzökalklappe | <input type="checkbox"/> li. Flexur           |
| <input type="checkbox"/> Corpus           | <input type="checkbox"/> Zökum            | <input type="checkbox"/> Descendens           |
| <input type="checkbox"/> Z-Linie          | <input type="checkbox"/> Ascendens        | <input type="checkbox"/> Sigma                |
| <input type="checkbox"/> Ösophagus        | <input type="checkbox"/> re. Flexur       | <input type="checkbox"/> Rectum               |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |   | <input type="checkbox"/> Colon Stufenbiopsien |

klinische Diagnose / Fragestellung:
-------------------------------------

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III

Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)