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

PATHOLOGIE INGOLSTADT

Dr. Popp · Prof. Dr. Adam · Prof. Dr. Geißinger · Dr. Nagl

Gemeinschaftspraxis GbR
Levelingstraße 21
85049 Ingolstadt

Tel +49 841 88 555 4 - 0
Fax +49 841 88 555 4 - 12
info@pathologie-ingolstadt.de

Untersuchungsantrag Histologie (ENDO)

o **EILT** **Entnahmedatum: _____**

o **Schnellschnitt** (Nativmaterial) Tel.: _____ **Uhrzeit: _____**

O	**ambulant** (+ Ü-Schein - Muster10)
O	**stationär**
O	**Hybrid**
O O	**privat** Rechnung an Patient ambulant stationär
O	**BG**

Annahme:		**Aufnahme:**	
Bemerkung Probeneingang			
Zuschnitt:		**Verteiler:**	

Einsender:

Vertragsarztstempel / Unterschrift

Untersuchungsmaterial / Lokalisation:

- ☐ Duodenum
- ☐ Antrum
- ☐ Corpus
- ☐ Z-Linie
- ☐ Ösophagus
- ☐ **Sonstiges:**_____
- ☐ Ileum
- ☐ Ileumzökalklappe
- ☐ Zökum
- ☐ Ascendens
- ☐ re. Flexur
- ☐ Transversum
- ☐ li. Flexur
- ☐ Descendens
- ☐ Sigma
- ☐ Rectum
- ☐ Colon Stufenbiopsien

klinische Diagnose / Fragestellung:

Nachbestellung I	Nachbestellung II	Nachbestellung III	Dokumentation Kommunikation: (Rückfragen/Durchgaben an Einsender)