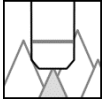


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS  
FÜR PATHOLOGIE  
83276 Traunstein**



Dr. med. Margot Lehringer-Polzin  
Dr. med. Tobias Henopp  
Dr. med. Ines Lichtmanegger  
Dr. med. Harald Bartsch\*  
\* angestellter Facharzt



## ANTRAG AUF PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG - GASTROINTESTINAL

### Abrechnung mit

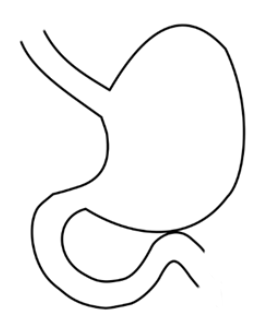
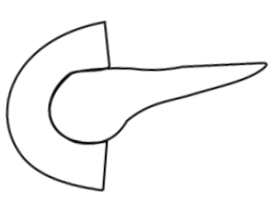
- Patient (privat, mit Einverständnis des Patienten)
- Krankenhaus
- Überweisungsschein
- Sonstige (BG, Bundeswehr, etc.)

### Einsendender Arzt:

Telefon:

Datum:

Arztstempel

<b>Voruntersuchungs-Nr.</b>	
<b>Material</b>	
<b>Anamnese</b>	
<input type="checkbox"/> Protonenpumpeninhibitor <input type="checkbox"/> Z. n. Eradikation <input type="checkbox"/> NSAR	
<b>Klinische Diagnose</b>	
<b>Endoskopischer Befund bei Kolitis</b>	
<input type="checkbox"/> diffuse Schleimhautläsionen	
<input type="checkbox"/> segmentales Befallsmuster	
<input type="checkbox"/> fokale Schleimhautläsion	
<b>Besondere Fragestellung</b>	

**Achtung: Bitte Formalinzusatz (1 Teil handelsübliches 40 %iges Formalin + 3 Teile Wasser)**