

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Antrag auf pathologisch-anatomische und mikroskopische Untersuchung

☐ ambulant
oder
☐ stationär

☐ Privatpatient →
 ☐ KVB
☐ Post-B
☐ BG
☐ Knappschaft
☐ Sonstige

☐ Kassenpatient →
 ☐ ambulant / Ü-Schein liegt bei
☐ H-DRG

Einsenderstempel

Aufnahme-Nr. : Geschlecht: ☐ M ☐ W

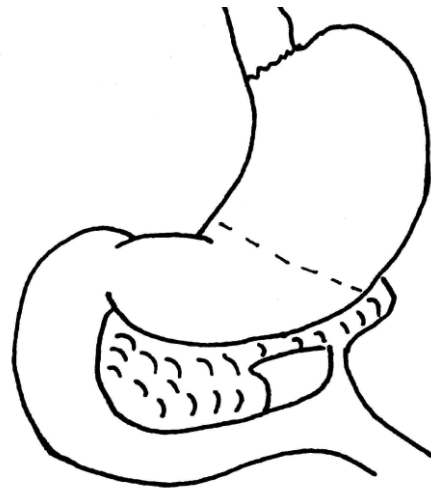
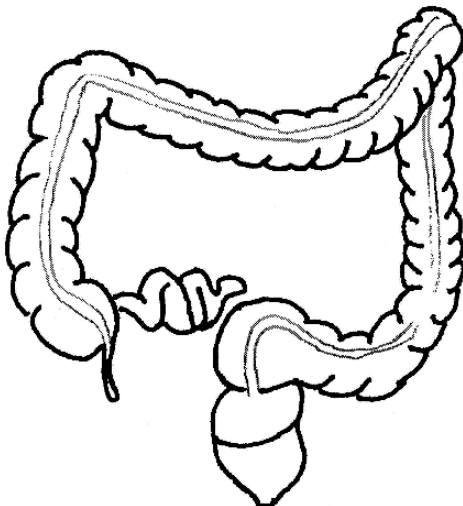
☐ Eilt!

Telefon:

Fax:

Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

Anamnese, klinische Befunde und Fragestellung:



CEDE bekannt	☐ Ja	☐ Nein	HP-Therapie	☐ Ja	☐ Nein	☐ ?
Vorsorgekolo	☐ Ja	☐ Nein	PPI-Medikation	☐ Ja	☐ Nein	☐ ?

Datum

Unterschrift des Arztes