

PATIENTENDATEN

Praxis für Pathologie  
Friedlandweg 7 · 38114 Braunschweig Tel.  
(05 31) 250 2116 · Fax (05 31) 250 21 17  
www.bs-patho.de

**ANTRAG** auf pathologisch-anatomische  
und histologische bzw. zytologische  
**BEGUTACHTUNG**

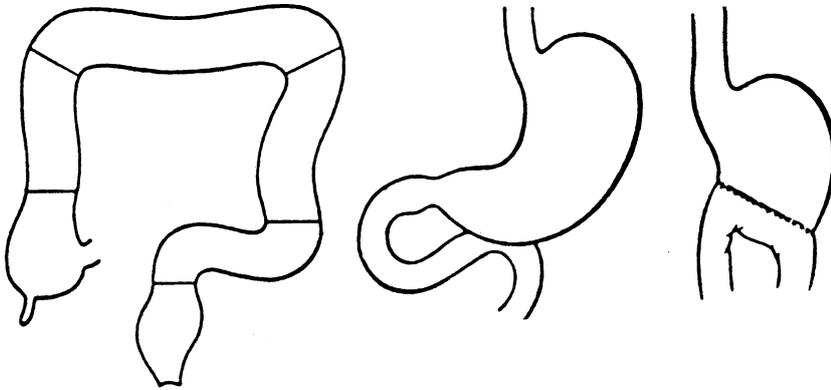
Vorbegutachtung  
Nr.

Eing.-Datum

Befund-Nr.

**ENDOSKOPISCHER BEFUND (\*):**

(Bitte Lokalisation und Ausdehnung angeben)



**LEBER-ANAMNESE**

- Alkoholabusus  seit \_\_\_\_ Jahren
- z. Zt. A-Karenz  seit \_\_\_\_ Wochen
- Hepatitis  vor \_\_\_\_ Jahren
- Gestose  vor \_\_\_\_ Jahren

weitere wichtige Angaben:

**UNTERSUCHUNGSMATERIAL**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| PE Ösophagus <input type="checkbox"/>   | Duodenum <input type="checkbox"/>        | Colon ascendens <input type="checkbox"/>  |
| Cardia <input type="checkbox"/>         | Papilla V. <input type="checkbox"/>      | Colon trans. <input type="checkbox"/>     |
| Fundus <input type="checkbox"/>         | Anastomose <input type="checkbox"/>      | Colon descendens <input type="checkbox"/> |
| Corpus <input type="checkbox"/>         | Jejunum <input type="checkbox"/>         | Sigma <input type="checkbox"/>            |
| Antrum <input type="checkbox"/>         | Ileum <input type="checkbox"/>           | Rectum <input type="checkbox"/>           |
| Pylorus <input type="checkbox"/>        | Ileum terminale <input type="checkbox"/> | Anus <input type="checkbox"/>             |
| Bulbus duodeni <input type="checkbox"/> | Coecum <input type="checkbox"/>          |   |

**LABORWERTE** (bitte Einheiten angeben)

- GOT \_\_\_\_\_ Bil. \_\_\_\_\_
- GPT \_\_\_\_\_ Fe \_\_\_\_\_
- GLDH \_\_\_\_\_ Cu \_\_\_\_\_
- AP \_\_\_\_\_ Cholesterin \_\_\_\_\_
- y-GT \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**KLINISCHE DIAGNOSE:**

**WICHTIGE KLINISCHE MITTEILUNGEN:**

(Anamnese / Zeitdauer / Laborwerte)

**KLINISCHE FRAGESTELLUNG:**

Einsendender Arzt  
(Praxis-Stempel!)

BEFUNDKOPIE erbeten

Datum

Unterschrift