

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

Untersuchungsantrag

Institut für Pathologie MVZ Klinikum Kulmbach

Albert-Schweitzer-Str. 10
95326 Kulmbach
Telefon: 09221 98-2801 Sekretariat
09221 98-2806/2807/2808 Befundabfrage
Telefax: 09221 98-2809
pathologie@klinikum-kulmbach.de

| | | | | | |
|--|-----------|---------------------------|---|---|---|
| Zutreffendes unbedingt ankreuzen | | | M | F | R |
| KVB I-II | Post B | BG | | | |
| ambulant | stationär | ärztliche Wahlleistung | | | |
| Datum/Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes (Durchwahl) | | | | | |

**Prof. Dr. med. univ.
Andreas Gschwendtner**
Facharzt für Pathologie, Leitender Arzt

Antje Kalbitz
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

Dr. med. Emily Neining
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

| | |
|---|---------------------------------------|
| Histologische Voruntersuchung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nr.: | Befund nachrichtlich an: |
| Untersuchungsmaterial bzw. Entnahmeort: | (Endoskopischer Befund: Rückseite →) |
| Klinische Diagnose und klinische Angaben: | |
| <input type="checkbox"/> Z.n. H.p.-Eradikation wann: <input type="checkbox"/> PPI-Therapie <input type="checkbox"/> ASS/NSAR-Therapie <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 _____ | |
| Fragestellungen: | |

Endoskopischer Befund und Lokalisation der Entnahmestelle:

Barrett-Ösophagus Länge:
(Prag - Klassifikation)

Maximale Ausdehnung M = _____mm
Zirkuläre Ausdehnung C = _____mm






