

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum
Ambulant <input type="checkbox"/>	Stat. <input type="checkbox"/>	Privat (Wahlleistung Arzt) <input type="checkbox"/>

## Antrag auf histologische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Anlauf · Dr. med. I. Boeck · Dr. med. Ch. Dierkes  
Dr. med. R. Eschmann · Prof. Dr. med. L. Fink · Dr. med. Dipl. hum. biol. U. Stahl  
Dr. med. F. Steinmüller · Prof. Dr. med. A. Warth

35331 Gießen, PF 100112, Tel.: 0641/67432, Fax: 0641/67431  
35532 Wetzlar, PF 2240, Tel.: 06441/76510, Fax: 06441/77199  
65536 Limburg, PF 1663, Tel.: 06431/93960, Fax: 06431/23304  
36229 Bad Hersfeld, PF 1906, Tel.: 06621/88921422, Fax: 06621/881407

### MAGEN-DARMBIOPSIEN

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

- ASV       Vorsorgekoloskopie  
 AOP (Z:88115)

Vorbegutachtung: Histo-Nr.: \_\_\_\_\_

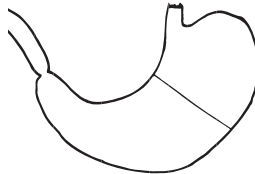
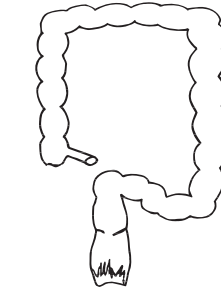
Anamnese: (z.B. OP, Radiatio, ...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente:  ASS     NSAR     \_\_\_\_\_

Kassenarztstempel / Unterschrift des überw. Arztes, Datum



Entnahmelokalisation, ggfs. mit Höhenangabe

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

### Interne Qualitätskontrolle

Annahme	Zuschnitt	Einpack.	Ausbett.	Kassette	Schneiden	Aufz.	Farben	Abgabe