

## EINSENDESCHENK ENDOSKOPIE

An:  
**Institut für Pathologie, Molekularpathologie, Immunhistologie und Elektronenmikroskopie**  
Rübenacher Straße 170  
56072 Koblenz

**Einsender:** Anforderungsdatum:

Eingangsdatum:

Aufkleber  
(Eingangs-Nummer)

**Ansprechpartner/in und Tel.:**

Soldat  Kasse ambulant (GKV)  Kasse stationär (GKV)  
 Privat ambulant  Privat stationär

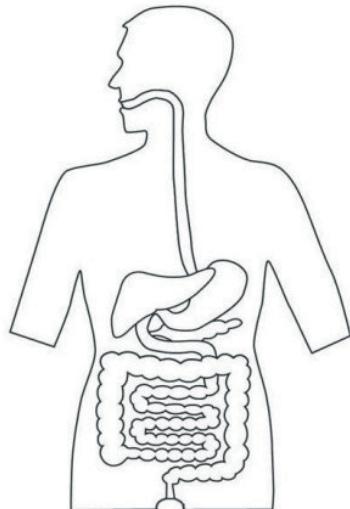
**Patientendaten:**

Name: Vorname:  Männlich  
Geburtsdatum: Geburtsort:  Weiblich  
Straße: Ort:  Divers

Kostenträger:

## BIOPSIEENTNAHME AUS DEM GASTROINTESTINALTRAKT

**Entnahmelokalisation / endoskopischer Befund:**



Lokalisation	Befund
PE 01	
PE 02	
PE 03	
PE 04	
PE 05	
PE 06	
PE 07	

**Sonstiges / klinische Angaben / klinische Diagnose / Medikamente / Fragestellung:**

**Stempel**  
Einsender:

Datum:

Unterschrift:

**INSTITUT FÜR PATHOLOGIE, MOLEKULARPATHOLOGIE, IMMUNHISTOLOGIE UND ELEKTRONENMIKROSKOPIE**

Rübenacher Straße 170  
56072 Koblenz

Tel: 0261-281-33006  
Fax: 0261-281-33009  
FspNBw: 4425

E-Mail: BwZKAbtXIII@bundeswehr.org