

EINSENDESCHIN ENDOSKOPIE

An:
Institut für Pathologie, Molekularpathologie, Immunhistologie und Elektronenmikroskopie

Rübenacher Straße 170
56072 Koblenz

Einsender:

Anforderungsdatum:

Eingangsdatum:

Aufkleber
(Eingangs-Nummer)

Von der Abt. Pathologie auszufüllen!

Ansprechpartner/in und Tel.:

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

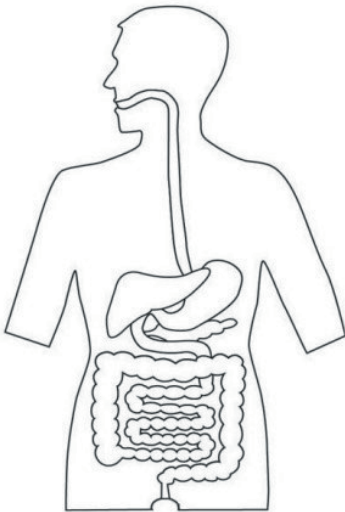
Patientendaten:

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