



**Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Büttner**

Kerpener Strasse 62 • 50937 Köln

Sekretariat Telefon: 0221 478-6320 • Telefax: 0221 478-6360

Eingangslabor Telefon: 0221 478-6352

**Befundauskunft: 0221 478-5252**

## Antrag auf pathologisch-anatomische u. mikroskopische Begutachtung Gastroenterologische Biopsien

<b>Patient:</b> <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀		Einsender:	
Name/Vorname _____		Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie	
geb. am _____		am Abdominalzentrum	
PLZ/Wohnort _____		Direktor: Univ.-Prof. Dr. T. Goeser	
Strasse _____ <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant		<b>Uniklinik Köln</b>	
		<b>Zentrale Endoskopie Ebene 01C Zimmer 301</b>	
		Kerpener Str. 62, 50937 Köln	
		Tel.: 0221-478 5490	
		<b>Eingangs-Barcode</b>	
<input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Kasse: _____ <input type="checkbox"/> §116bSGB V		<b>Voruntersuchung:</b>	
<input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Eilig <input type="checkbox"/> Express		(Nr. und Datum)	

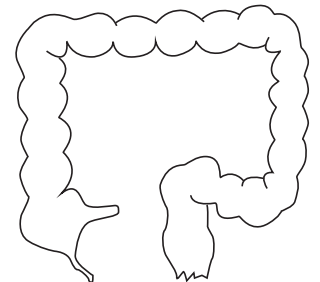
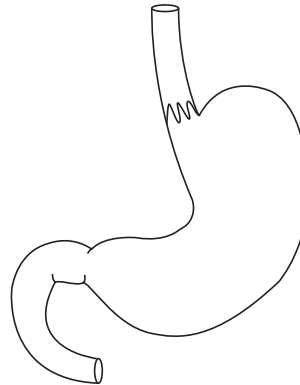
### Kurzangaben

Indikationen zur Endoskopie

- Abdominalschmerzen
- Anämie
- Blutung / Melena / Tumorsuche
- Diarrhoe
- anderes

Medikamente

- NSAR
- Protonenpumpenhemmer
- Endoskopische Läsionen bei Kolitis
  - diffus
  - segmental
  - fokal



### Fragestellung:

---



---



---

**Bitte 2x Befunddurchschrift**

Kopie des Befundes an: \_\_\_\_\_

zusätzliche Kopie  
Prof. Hölscher

Graue Felder bitte nicht beschriften!

Name: _____		Funker-/Tel.-Nr.: _____		<b>Infektiöses Material</b> (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Mat</b>
Datum: _____		Unterschrift: _____			
AP	AdG	EP	Blk		