

# Magen-Darm-Trakt

MEDICA Pathologie  
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 99 88  
medica.ch/pathologie

30



**MEDICA**  
Pathologie

**H09**

Patientendaten			Einsender, Auftraggeber		
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> weiblich   <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> Kind &gt;&gt; Vater/Mutter .....                 </div> <hr/> Name: ..... Vorname: ..... Strasse: ..... PLZ/Ort: ..... c/o: ..... Geburtsdatum: J               Mobil Tel.: ..... E-Mail: ..... AHV-Nr.: .....		
<b>Befundbearbeitung</b>		<input type="checkbox"/> <b>Eilt</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b>	Nr.: .....				
<input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b>	Nr.: .....				
<input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b>		.....			
<b>Rechnung an</b>			Behandelnder Arzt: ..... E-Mail: ..... <hr/> <input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> Mitglied-Nr. .... <input type="checkbox"/> <b>IV</b> Verfügungs-Nr. .... <input type="checkbox"/> <b>Unfall-Vers.</b> Fall-Schaden-Nr. .... Unfalldatum ..... <input type="checkbox"/> <b>Spital (stationärer Patient)</b> <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> <b>Patient</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Beleg sofort an Einsender</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere</b> .....		
<b>Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)</b>			Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!  Bitte <b>schwarz</b> markieren		
.....					

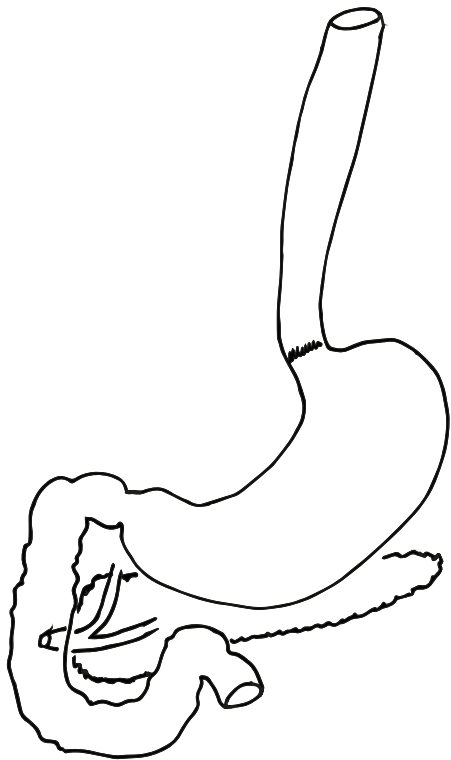
## Magen-Darm-Trakt

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

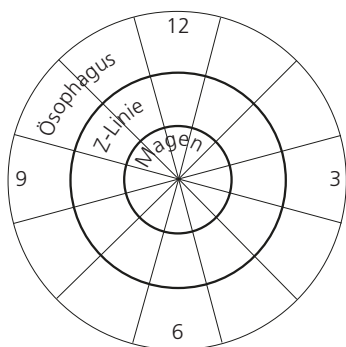
<b>Entnahmedatum:</b> .....	<b>Entnahmezeit:</b> .....
<b>Indikation zur Endoskopie:</b> <input type="checkbox"/> Screening/Vorsorge <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Abdominalschmerzen <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Tumorsuche <input type="checkbox"/> .....	
<b>Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> NSAR <input type="checkbox"/> PPI <input type="checkbox"/> .....	
<b>Fixation in:</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert	
<b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> <b>Schnellschnitt</b> <input type="checkbox"/> <b>Molekularanalyse erwünscht:</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Foto erwünscht</b> <input type="checkbox"/> <b>Rücksprache erbeten</b> <input type="checkbox"/> <b>Clarithromycin Resistenz (falls H. pylori positiv)</b>	
<b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat: <input type="checkbox"/> TME <input type="checkbox"/> Anderes: ..... <input type="checkbox"/> Mukosektomie: <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> EMR	
<b>Klinische Angaben/Fragestellungen</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>Endoskopischer Befund</b> ..... ..... ..... ..... .....

Lokalisation		Fragestellungen	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	

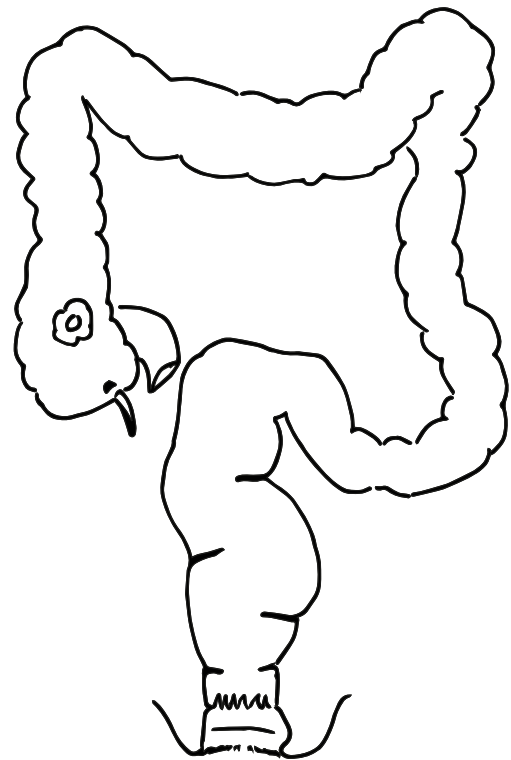
### Oberer GI-Trakt



### Ösophagus



### Unterer GI-Trakt



### Anal

