

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____		<div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> Bitte schwarz markieren                       Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!                 </div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....			
Name	.....		
Vorname	.....		
Strasse	.....		
PLZ/Ort	.....		
c/o	.....		
Geburtsdatum	____/____/____ Mobil Tel. _____		
E-Mail	.....		
AHV-Nr.	.....		
<b>Befundbearbeitung</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Eilt</span>		<b>Rechnung an</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____		<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> Mitglied-Nr. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____		<input type="checkbox"/> <b>IV</b> Verfügungs-Nr. _____	
<input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____		<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> _____			
.....			
.....			

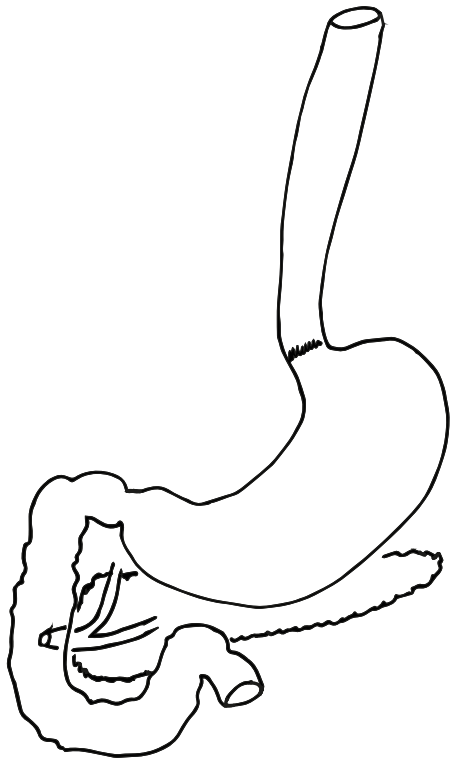
## Magen-Darm-Trakt

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

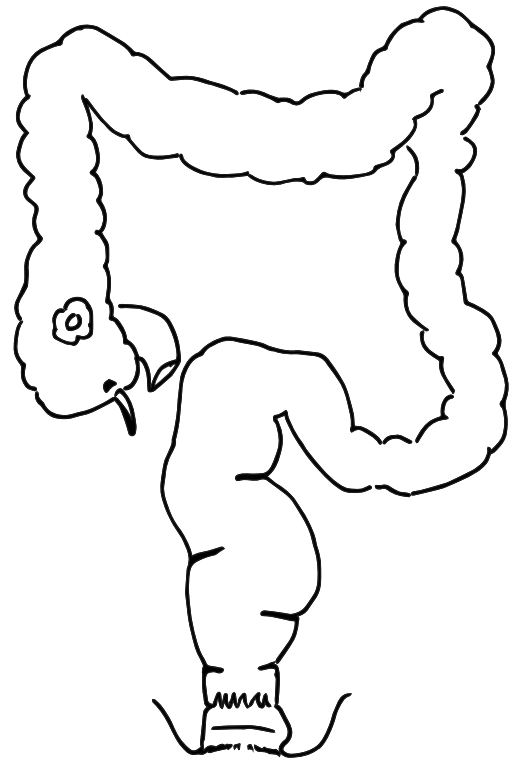
<b>Entnahmedatum:</b>		<b>Entnahmezeit:</b>	
<b>Indikation zur Endoskopie:</b>	<input type="checkbox"/> Screening/Vorsorge <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Abdominalschmerzen <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Tumorsuche <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>Freigabe nach Rücksprache</b>		
<b>Material:</b>	<input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat: <input type="checkbox"/> TME <input type="checkbox"/> Mukosektomie: <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> Anderes: _____		
<b>Klinische Angaben/Fragestellungen</b>		<b>Endoskopischer Befund</b>	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	

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

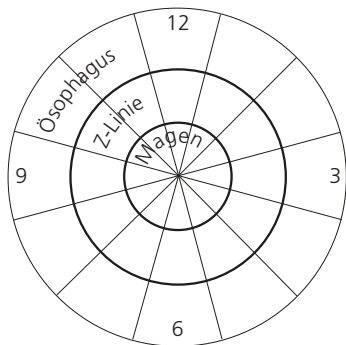
**Oberer GI-Trakt**



**Unterer GI-Trakt**



**Ösophagus**



**Anal**

