

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Vertragsarzt Nr.               | VK gültig bis    | Datum   |

Quartal

Geschlecht  W  M

**Zentrum für Pathologie Allgäu (ZfPA)**  
**Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Kempten**  
**PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen**  
 Postfach 2122, 87411 Kempten      Tel. 08 31 / 512 99-0  
 Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten      Fax 08 31 / 512 99-60  
 E-Mail: pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de  
 www.patho-kempten.de

**Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015**

# Auftrag für pathologische Begutachtung (mit Einverständnis des Patienten)

## Gastroenterologie

Ambulant       Privat       Stationär

| Medikamenteneinnahme     |                      |                          |                     |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | NSAR / ASS           | <input type="checkbox"/> | PPI-Therapie        |
| <input type="checkbox"/> | Eradikationstherapie | <input type="checkbox"/> | Antibiotikaeinnahme |
| <input type="checkbox"/> |                      | <input type="checkbox"/> | Cortison            |
| <input type="checkbox"/> |                      | <input type="checkbox"/> | 5-ASA               |
| <input type="checkbox"/> |                      | <input type="checkbox"/> | Urease-Test (+) (-) |

| Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)             |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Ösoph./Cardia                                       | Magen  | Duodenum                                     | Colon   |
| <input type="checkbox"/> Normalbefund               | <input type="checkbox"/> Normalbefund        | <input type="checkbox"/> Normalbefund        | <input type="checkbox"/> Normalbefund               |
| <input type="checkbox"/> Rötung / Entzündung        | <input type="checkbox"/> Rötung / Entzündung | <input type="checkbox"/> Rötung / Entzündung | <input type="checkbox"/> Rötung / Entzündung        |
| <input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen          | <input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen   | <input type="checkbox"/> Ulcus / Erosionen   | <input type="checkbox"/> Diskontinuierliche Colitis |
| <input type="checkbox"/> V. a. Soor                 | <input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen    | <input type="checkbox"/> Atrophie-Zeichen    | <input type="checkbox"/> Kontinuierliche Colitis    |
| <input type="checkbox"/> Polypen                    | <input type="checkbox"/> Polypen             | <input type="checkbox"/> Polypen             | <input type="checkbox"/> Polypen                    |
| <input type="checkbox"/> Rote Zunge / V. a. Barrett | <input type="checkbox"/> Tumor               | <input type="checkbox"/> Tumor               | <input type="checkbox"/> Tumor                      |

| Kommentar |
|-----------|
|           |
|           |

| Entnahmelokalisation | Ggf. Skizzierung der Läsionen |
|----------------------|-------------------------------|
| PE I                 |                               |
| PE II                |                               |
| PE III               |                               |
| PE IV                |                               |
| PE V                 |                               |
| PE VI                |                               |
| PE VII               |                               |
| PE VIII              |                               |
| PE IX                |                               |
| PE X                 |                               |

Befundkopien:

|    |    |    |     |    |     |     |     |     |
|----|----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|
| 00 | 02 | 15 | 15C | 52 | 310 | 312 | 319 | 320 |
|    |    |    |     |    |     |     |     |     |

|     |     |    |     |     |    |   |    |   |   |    |       |
|-----|-----|----|-----|-----|----|---|----|---|---|----|-------|
| Aus | Ein | Zu | Bei | ( ) | St | P | AP | G | E | FE | Sonst |
|     |     |    |     |     |    |   |    |   |   |    |       |

Stempel Arzt / Klinik

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Unterschrift