

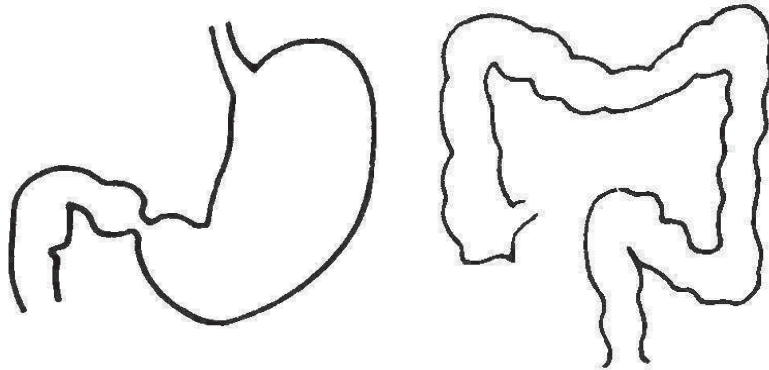
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.		Versicherten Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Institut für Pathologie
 Prof. Dr. Udo Kellner Tel.: 0571/790 4720
 Hans-Nolte Strasse 1 Fax: 0571/790 29 4701
 32457 Minden E-Mail: Pathologie@klinikum-minden.de

Laboraufkleber

Labor

**Lokalisation der
Biopsien bitte
mit Nr. eintragen**



Ja: Nein:

Vorsorge-Kolo.:

NSAR:

PPI:

V.a. Sprue:

V.a. Barrett:

Ulcus:

Vertragssarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Bei Kolonpolypen bitte ankreuzen:

IGS: klinisch im Gesunden!

SL: Schlinge

PC: Piecemeal

1:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
2:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
3:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
4:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
5:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
6:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
7:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
8:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
9:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
10:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
11:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
12:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
13:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>
14:		PE <input type="checkbox"/> SL <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> IGS? <input type="checkbox"/>

Klinische Daten: _____
