

Krankenkasse bzw. Kostenträger :
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

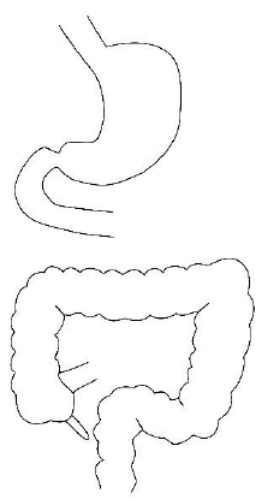
Untersuchungsantrag
Pathologie / GI-Trakt
Prof. Dr. R. Buslei
Prof. Dr. F. Kiesewetter
& Kollegium



Sozialstiftung Bamberg
Ärztliche Praxiszentren
MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie
Postfach 24 20, 96015 Bamberg
Tel. 0951/503-13201
Fax. 0951/503-13209
Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

☐ ambulant ☐ Privat ☐ AOP ☐ KVB ☐ BG ☐ stationär ☐ PostB ☐ Vorsorge	Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)
---	---

Klinische Diagnose und Fragestellung:



Frühere Begutachtung in BA:
☐ Ja, im Jahr: _____
☐ Nein

☐ Magen-PE:
☐ Z.n. HP-Eradikation ☐ ASS
☐ NSAR ☐ PPI

☐ Leberpunktion:
Bili: Alk.Phosph:
 GOT:
 Alb:
GPT: Gamma-Glob:
 Gamma-GT:
Frühere Hepatitis: ☐ ja ☐ nein

Krankenkasse bzw. Kostenträger :
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

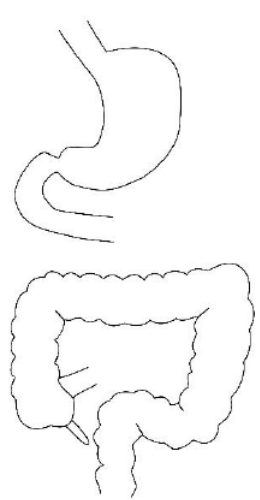
Untersuchungsantrag
Pathologie / GI-Trakt
Prof. Dr. R. Buslei
Prof. Dr. F. Kiesewetter
& Kollegium



Sozialstiftung Bamberg
Ärztliche Praxiszentren
MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie
Postfach 24 20, 96015 Bamberg
Tel. 0951/503-13201
Fax. 0951/503-13209
Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

☐ ambulant ☐ Privat ☐ AOP ☐ KVB ☐ BG ☐ stationär ☐ PostB ☐ Vorsorge	Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)
---	---

Klinische Diagnose und Fragestellung:



Frühere Begutachtung in BA:
☐ Ja, im Jahr: _____
☐ Nein

☐ Magen-PE:
☐ Z.n. HP-Eradikation ☐ ASS
☐ NSAR ☐ PPI

☐ Leberpunktion:
Bili: Alk.Phosph:
 GOT:
 Alb:
GPT: Gamma-Glob:
 Gamma-GT:
Frühere Hepatitis: ☐ ja ☐ nein