Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	geb. am Status Datum Klinische	Untersuchungsantrag Pathologie / GI-Trakt Prof. Dr. R. Buslei Prof. Dr. F. Kiesewetter & Kollegium O ambulant O Privat O AOP O KVB O BG O stationär O PostB O Vorsorge Diagnose und Fragestellung:	Arztliche 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 Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen) Frühere Begutachtung in BA: O Ja, im Jahr: O Nein
07.25/rev.1	FB-PA 10 U-Antra	ng Pathologie (GI-Trakt)	O Magen-PE: O Z.n. HP-Eradikation O ASS O NSAR O PPI O Leberpunktion: Bili: Alk.Phosph: GOT: Alb: GPT: Gamma-Glob: Gamma-GT: Frühere Hepatitis: O ja O nein Stempel u. Unterschrift des Arztes Seite 1 von 1
07.2371EV.1	TB-FA TO O-ATICIA	g ratiologie (Gritant)	Seite I von I
Krankenkasse bzw. Kostenträger	*	Untersuchungsantrag (Sozialstiftung Bamberg Ärztliche Praxiszentren
Name, Vorname des Versicherten Kassen-Nr. Versicherten-Nr.	geb. am	Pathologie / GI-Trakt Prof. Dr. R. Buslei Prof. Dr. F. Kiesewetter & Kollegium	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
	Status		Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.	Datum	O ambulant O Privat O AOP O KVB O BG O stationär O PostB O Vorsorge	Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)
	Klinische	P Diagnose und Fragestellung:	Frühere Begutachtung in BA: O Ja, im Jahr: O Nein O Magen-PE: O Z.n. HP-Eradikation O ASS O NSAR O PPI O Leberpunktion: Bili: Alk.Phosph: GOT: Alb: GPT: Gamma-Glob: Gamma-GT: Frühere Hepatitis: O ja O nein