

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**PATHOLOGIE STARNBERG**  
**MVZ GmbH**  
**HISTOLOGIE ZYTOLOGIE**

PD Dr. med. C. Brinkschmidt PD Dr. med. H. Nagel  
 Dr. med. A. Dreßler Dr. med. D. Prechtel  
 T. Harnisch Prof. Dr. med. S. Schweyer  
 Dr. med. M. Lohner PD Dr. med.  
 PD. Dr. med. W. Müller J. Slotta-Huspenina  
 Fachärzte für Pathologie

Am Fuchsengraben 3  
 82319 Starnberg  
 Tel. 08151/3612-0  
 Fax 08151/78420  
 www.pathologie-starnberg.de  
 praxis@pathologie-starnberg.de

**Begutachtungsantrag**  
**Gastroenterologie**

weiblich     stationär    Abrechnung mit  
 männlich     ambulant     KV/Überweisungsschein     Krankenhaus     Sonstige     Patient  
 z.B. BG    mit Einverständnis des Patienten nach § 4 GOÄ

Untersuchungsmaterial – Art und Herkunft:



Klinische Diagnose / Vorgeschichte / Therapie / wichtige Befunde / Fragestellung:

Medikamente:

H. p.-Therapie:

Reflux:

Diarrhoe

- akut
- chronisch
- wässrig
- blutig
- sonst.

histol./zytol. Voruntersuchungen

Nummer und Jahr    Datum    Telefon    Stempel und Unterschrift des Einsenders

Histologisches Untersuchungsmaterial bitte in 10% Formalin (entspricht einer 4%igen Formaldehydlösung) fixieren.

Der anhängende Durchschlag ist für Ihre Unterlagen bestimmt.