

Magen-Darm-Trakt

MEDICA Pathologie
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich
Tel. 044 269 99 88
medica.ch/pathologie

30



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div>Bitte schwarz markieren</div> <div>Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name _____			
Vorname _____			
Strasse _____			
PLZ/Ort _____		Behandelnder Arzt: _____	
c/o _____		E-Mail: _____	
Geburtsdatum: ____/____/____ Mobil Tel.: _____		Rechnung an	
E-Mail _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. _____	
AHV-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. _____	
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Unfalldatum _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		Fall-ID _____	
_____		<input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information): _____	
_____		_____	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

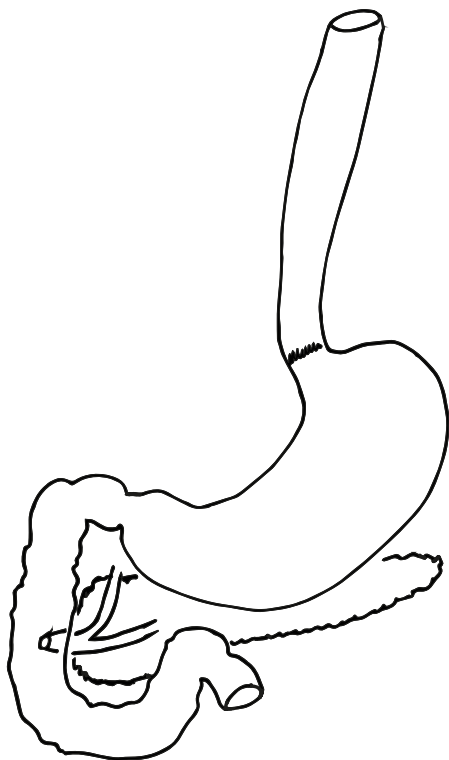
Magen-Darm-Trakt

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

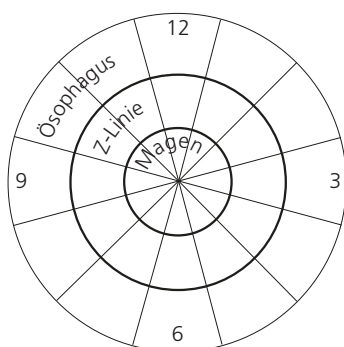
Entnahmedatum: _____		Entnahmezeit: _____	
Indikation zur Endoskopie:	<input type="checkbox"/> Screening/Vorsorge <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Abdominalschmerzen	<input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Tumorsuche <input type="checkbox"/> _____	
Medikamente:	<input type="checkbox"/> NSAR <input type="checkbox"/> PPI <input type="checkbox"/> _____		
Fixation in:	<input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert		
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____	<input type="checkbox"/> Foto erwünscht <input type="checkbox"/> Rücksprache erbeten	
	<input type="checkbox"/> Resistenz auf Clarithromycin / Levofloxacin (falls H. pylori positiv)		
Material:	<input type="checkbox"/> Zytologie <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Exzizat	<input type="checkbox"/> Resektat: <input type="checkbox"/> TME <input type="checkbox"/> Anderes: _____	
	<input type="checkbox"/> Mukosektomie: <input type="checkbox"/> ESD <input type="checkbox"/> EMR		
Klinische Angaben/Fragestellungen		Endoskopischer Befund	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Lokalisation		Fragestellungen	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	

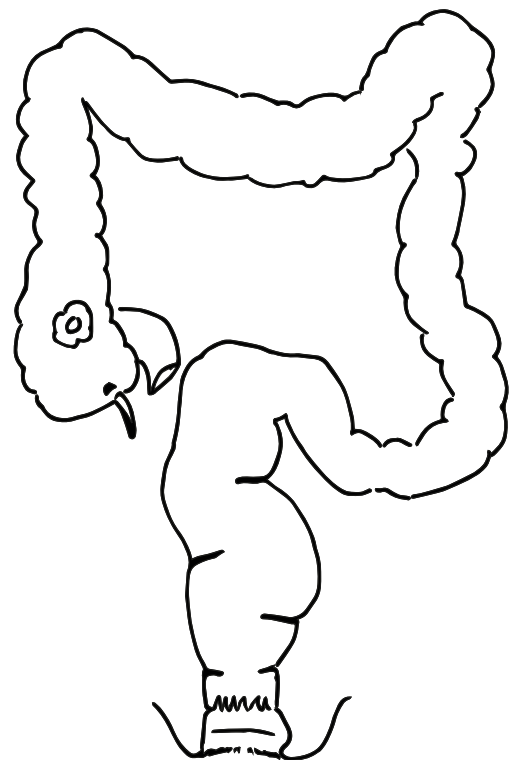
Oberer GI-Trakt



Ösophagus



Unterer GI-Trakt



Anal

