

Magen-Darm-Trakt

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



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

30

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:			
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
c/o			
Geburtsdatum	..-..-..	Mobil Tel.	
E-Mail			
AHV-Nr.			
Befundbearbeitung		<input type="checkbox"/> Eilt	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.:			
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.:			
<input type="checkbox"/> Befundkopie an:			
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)			
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			
<p style="text-align: right;">■ Bitte schwarz markieren</p> <p style="text-align: right;">Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</p>			

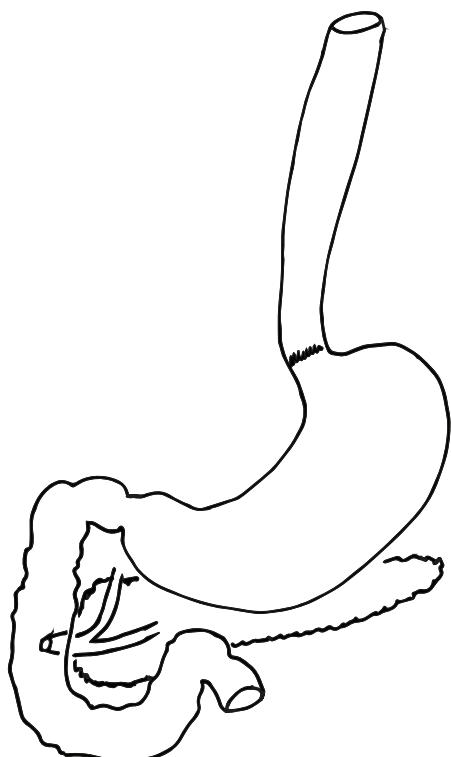
Magen-Darm-Trakt

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

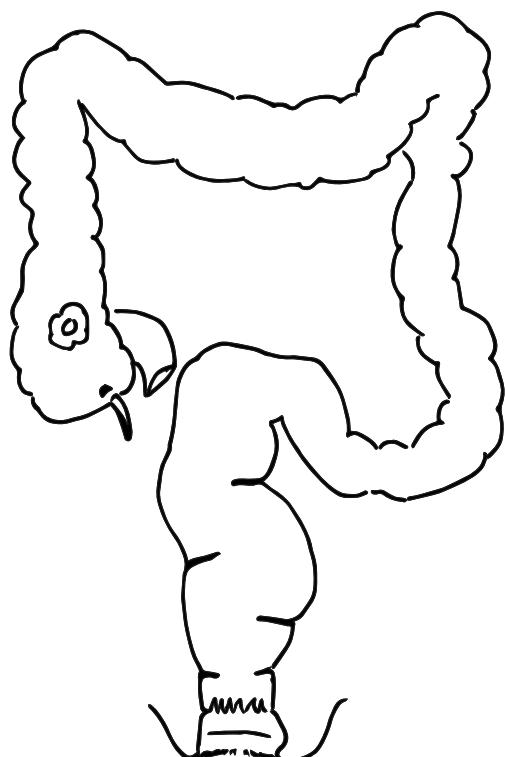
Entnahmedatum:				Entnahmezeit:			
Indikation zur Endoskopie:	<input type="checkbox"/> Screening/Vorsorge <input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Abdominalschmerzen <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Tumorsuche <input type="checkbox"/>						
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"/> Exzisat <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				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

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

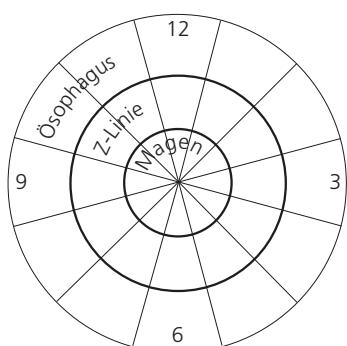
Oberer GI-Trakt



Unterer GI-Trakt



Ösophagus



Anal

