

# Begutachtungsauftrag

## Patientendaten

An

Berufsausübungsgemeinschaft  
**PD DR. MED. J. PACKEISEN**  
**DR. MED. B. SCHULTE**  
 Fachärzte für Pathologie



Tel.: (05401) 84244-0  
 Fax: (05401) 8424429  
 Rostocker Straße 5-7  
 49124 Georgsmarienhütte

Postfach 60 45  
 49093 Osnabrück

**Einsendender Arzt**  
 (Stempel)

Krankenkasse                       Selbstzahler   
 ambulant                                       stationär   
 präventiv  :                                      belegärztlich  |  
 Entnahme-Datum

Wurde bereits früher Gewebe untersucht (Wo, Wann, evtl. E.-Nr.):

Befundkopie an:

### Medikamentenanamnese (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	NSAR/ASS	<input type="checkbox"/>	PPI-Therapie	<input type="checkbox"/>	Cortison / 5-ASA
<input type="checkbox"/>	Eradikation	<input type="checkbox"/>	Antibiotika	<input type="checkbox"/>	Laxantien

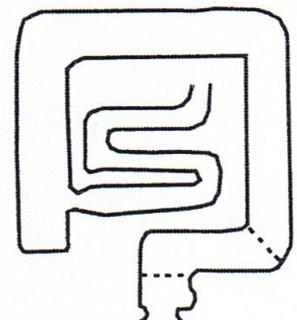
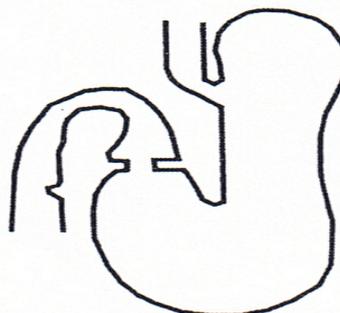
### Endoskopischer Befund (bitte ankreuzen)

	o.p.B.	HP Verdacht	Atrophie	V.a. Barrett	V.a. Soor	Entzündung	kontinuierlich	diskontinuierlich	Ulcus	Polyp	Tumor
Ösophagus											
Magen											
EMR											
Duodenum											
Ileum											
Colon											

### Entnahmelokalisation (bitte eintragen)

PE 1	PE 4	PE 7	PE 10
PE 2	PE 5	PE 8	PE 11
PE 3	PE 6	PE 9	PE 12

Skizze der Läsion:



Auch online verfügbar ([www.pathopraxis-os.de/proben-einsenden](http://www.pathopraxis-os.de/proben-einsenden))

