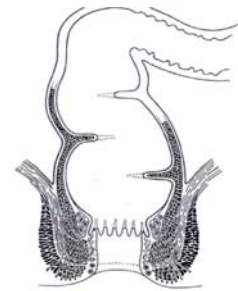
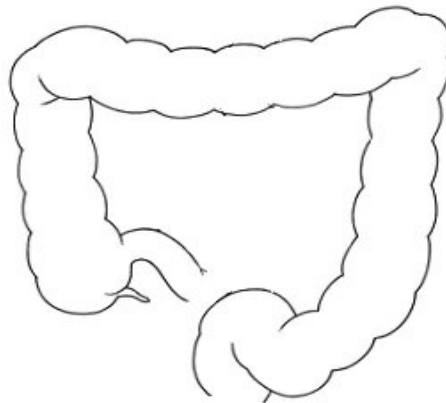
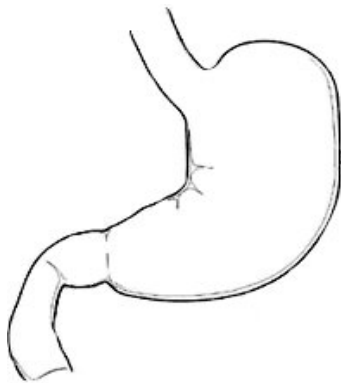


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum der Entnahme		Eingangsdatum									
<p><u>Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel</u></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Stationär</td> <td style="text-align: center;">Ambulant</td> <td style="text-align: center;">Hybrid-DRG</td> </tr> <tr> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">KVB I-III <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">α <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Ú • cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/>	α <input type="checkbox"/>	Ú • cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>
Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG									
Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>									
KVB I-III <input type="checkbox"/>	α <input type="checkbox"/>	Ú • cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>									

Klin. Diagnose, Fragestellung:



UNIVERSITÄTSmedizin. <small>MAINZ</small> Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		EA <small>EUROPEAN RECOGNITION</small> DAkkS <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13258-01-00</small>
mvz MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		EA <small>EUROPEAN RECOGNITION</small> DAkkS <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21458-01-00</small>
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04		
Journalnummer		
Material (Art, Entnahmestelle)		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Klinik / Befund	ja	nein	Bemerkung
Nachsorge / Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamentenanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hp-Eradikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Polyp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CA-Verdacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	