

Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum

# UNTERSUCHUNGSANTRAG FÜR GASTROENTEROLOGISCHE PRÄPARATE

Einsendender Arzt (Stempel)

**An die Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Olaf Holotiuk**  
**Dr. med. Barbara Zuber**  
**Dr. med. Steffen Kellermann**  
**Fachärzte für Pathologie**  
**Industriestr. 37**  
**01129 Dresden**  
**Tel: 8589985 Fax: 8589986**

Dresden, den

**Klinische Diagnose, sonstige klinische Angaben**

(Entnahmestellen in Zeichnung eintragen und gleichlautend mit Versandbehältern durchnummerieren)

**Ösophagus**

**Magen/Duodenum**

Z-Linie / Cardia

Fundus

Corpus

Angulus

Antrum

Präpylor. Antrum

Pylorus

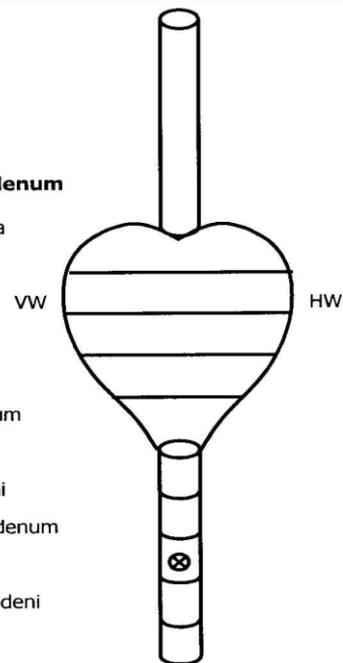
Bulbus duodeni

Postbulb. Duodenum

Papillenregion

Pars desc. duodeni

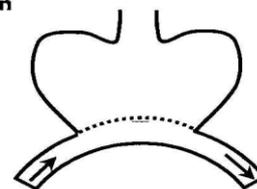
Jejunum



**Resektionsmagen**

Restmagen

Anastomose

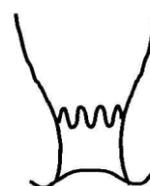
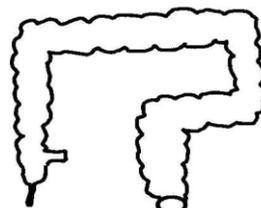


Zuführende Schlinge

Abführende Schlinge

**Terminales Ileum / Kolon / Rektum**

**Analregion**



**Schon früher histologisch untersucht ?**  
**Wenn ja : Wo ? Wann ? Befundnummer ?**

Datum

Unterschrift des Arztes

**Achtung:** Gewebeproben (außer Schnellschnitte) müssen in 4%ig gepuffertem Formalin aufbewahrt werden.  
 Gefäße bitte immer fest verschließen!