

Histologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht M W <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Intraoperativer Schnellschnitt Anmeldung an Labor ist erfolgt Telefon +41 71 494 21 12 Tel.: _____ Kontakt: _____
		<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

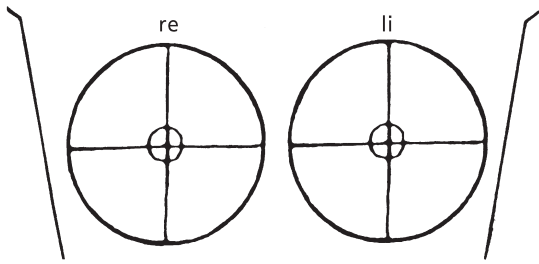
Lokalisation: 1) _____	Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
2) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
3) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
4) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
5) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
6) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie

Datum der Entnahme:

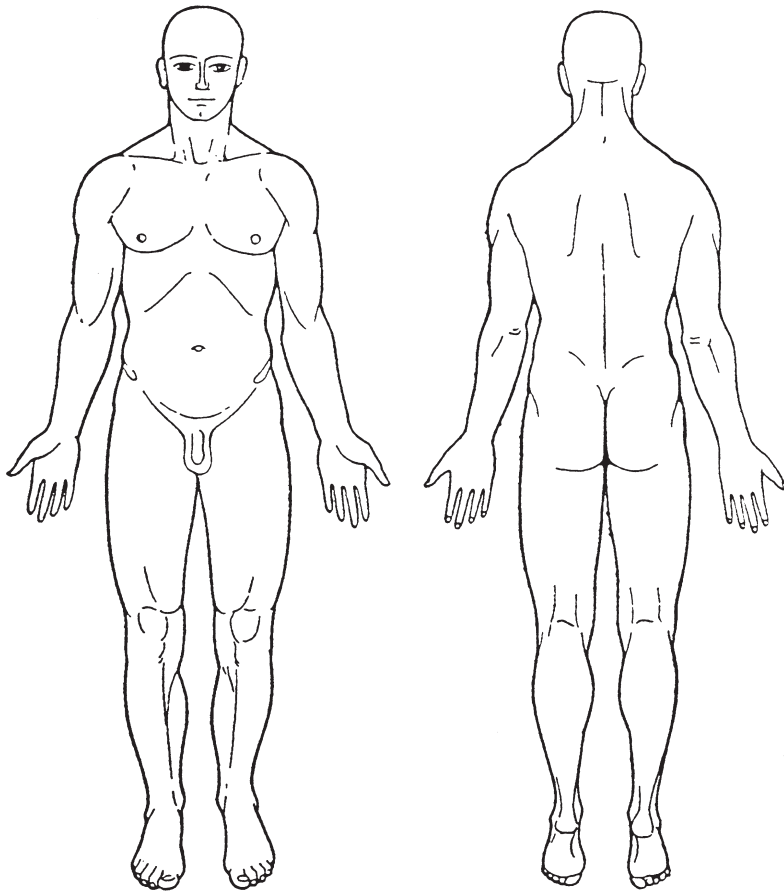
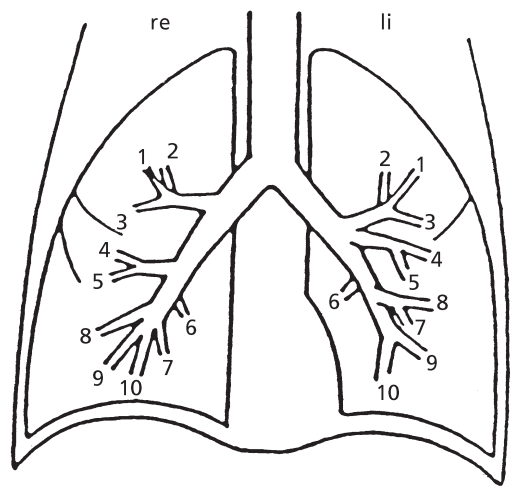
Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Bitte Rückseite beachten!

Mammaschema



Lungenschema



Zeichnung des Einsenders

