HOCH Health Ostschweiz

Kantonsspital St.Gallen, Institut für Pathologie
9007 St.Gallen, Tel. +41 71 494 67 00
pathologie@h-och.ch, www.h-och.ch/pathologie

Histologie Plazenta

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)	Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J Geschlecht M W	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an:	**Versicherungsdetails:**	☐ Telefonische Befundmitteilung erwünscht
☐ Versicherung	☐ Ambulant ☐ Stationär	Tel.:
☐ Auftraggeber/Spital	KK/Vers.: _____	
☐ Patient	Adresse: _____	
☐ IV/SUVA	Police-Nr.: _____	

Kopie(n) an:

Klinische Angaben:	**Bisherige Therapien:**
Maternale Grunderkrankung: Schwangerschaftswoche: Präeklampsie/HELLP: ☐ Nein ☐ Ja Infektion: ☐ Nein ☐ Ja Gemini/Mehrlinge: ☐ Nein ☐ Ja – A (weisse Klammer) ☐ Di-Di ☐ Mo-Di ☐ Mo-Mo – B (blaue Klammer) APGAR des/der Neugeborenen:	☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie ☐ Andere:
Fragestellung:	**Vorbefunde:** ☐ Pathologie KSSG ☐ extern (Kopie beilegen)

Lokalisation:	**Art des Materials:**
1) Plazenta	☐ Resektat/Exzisat ☐ Ektomie
2)	☐ Resektat/Exzisat ☐ Ektomie ☐ Biopsie ☐ Curettage

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsender/Einsenderin