

Histologie Allgemein

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

| | | |
|--|--|--|
| Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patientin/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) |

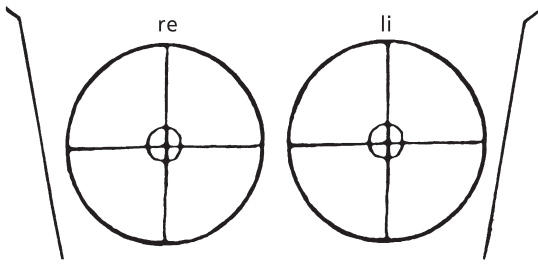
| | |
|----------------------------------|--|
| Lokalisation: 1) _____ | Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie |
| 2) _____ | <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> 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:

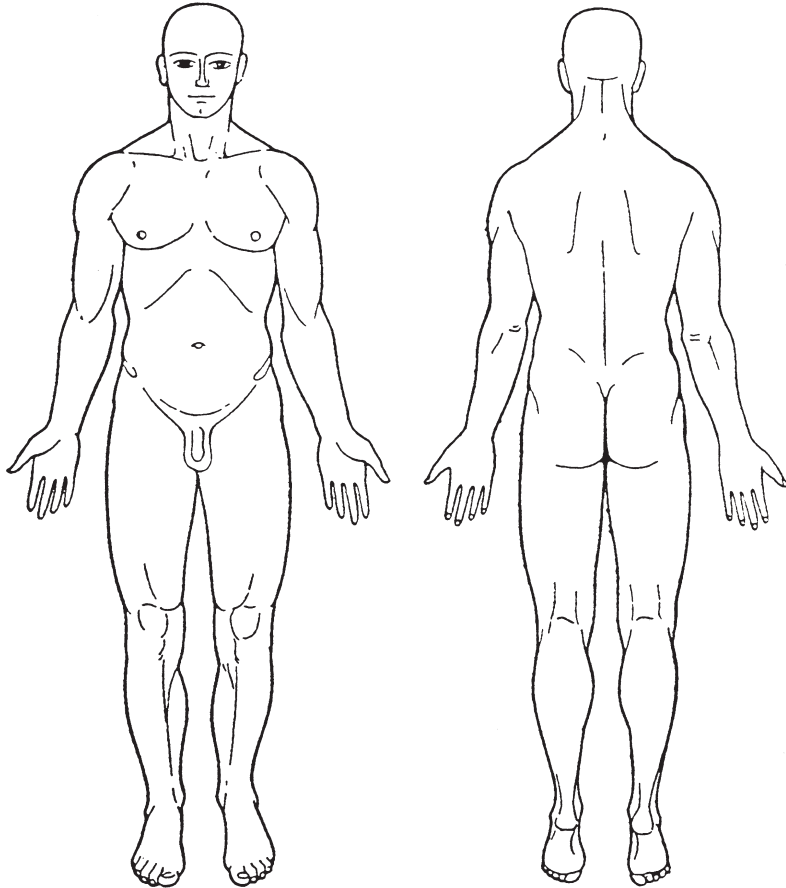
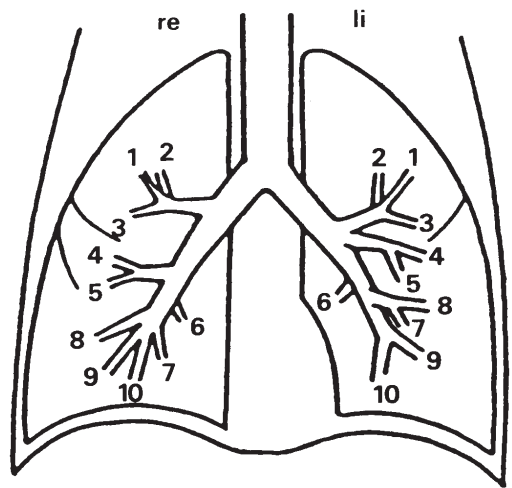
Stempel, Name und Telefon-Nr.
Einsenderin/Einsender

Bitte Rückseite beachten!

Mammaschema



Lungenschema



Zeichnung der Einsenderin/des Einsender

