



Histologie

Name _____

Vorname _____ F M

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

- stationär -->
 ambulant
 Rechnung an Arzt
 allgemein
 halbprivat
 privat

Klinische Angaben und Fragestellungen:

Art des Untersuchungsmaterials, Organ/Topographie:

- Biopsie
 Curettage
 Exzizat
 Ektomie / Ablatio / Amputation

Spezielle Bemerkungen:

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

Frühere Untersuchungen:

- Tel. Bericht: _____
 Fax Bericht: _____
 Mail Bericht: _____
 (nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____