



# 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:** \_\_\_\_\_