

EINSENDER/Stempel/Unterschrift

PATIENT/Etikette

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
 weiblich ;  männlich  
Strasse, Nr.  
PLZ, Ort

**RECHNUNG**     Patient     Einsender     Andere

KOPIE AN

ENTNAHMEDATUM

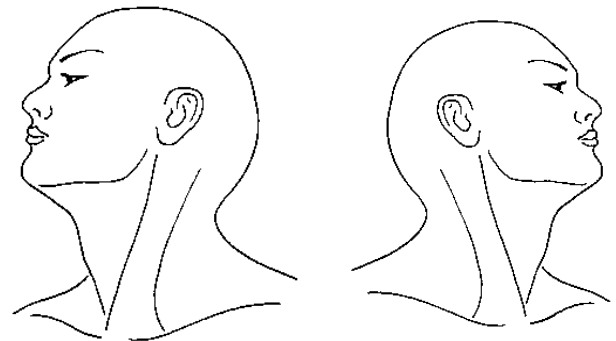
ZEIT

FEINNADELPUNKTION     ERGUSS     ANDERE:  
 BÜRSTE     URIN  
 SPÜLFLÜSSIGKEIT     LIQUOR

HORMON-,  ZYTOSTATIKA-,  STRAHLENTHERAPIE

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN



ORGAN/ENTNAHMEORT

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....
- 4. ....
- 5. ....
- 6. ....

