|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EINSENDER / Stempel | | | PATIENT / Etikette  Name, Vorname  Geburtsdatum  weiblich ;  männlich  Strasse, Nr.  PLZ, Ort | | |
| RECHNUNG  Patient  Einsender | | | Andere | | |
| KOPIE AN | | | | | |
| ENTNAHMEDATUM: | | **ZEIT**: | **Probebiopsie** | **Exzisat / Resektat** | **Ektomie** |
| Schnellschnitt | Telefon an: | | | **DIF** |  |
| KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG | | | | | |
| FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ORGAN / ENTNAHMEORT |  |