|  |  |
| --- | --- |
| EINSENDER / Stempel      | PATIENT / EtiketteName, Vorname      Geburtsdatum      [ ]  weiblich ; [ ]  männlichStrasse, 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 / ENTNAHMEORT1.
2.
3.
4.
5.
6.
 |  |