



H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:		<div style="text-align: right; font-size: small;"> <input type="checkbox"/> Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden! </div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
c/o			
Geburtsdatum	Mobil Tel.		
E-Mail			
AHV-Nr.			
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Rechnung an	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Befundkopie an:		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr.	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)		<input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID		<input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information):	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben:			

Histologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:	Entnahmezeit:
Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert Material: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Exzistat <input type="checkbox"/> Curettage Sonstiges: <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: Rückmeldung an: Name: Tel:	

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

Lokalisation (Schemata auf Rückseite)	Fragestellungen
---------------------------------------	-----------------

1.	1.
2.	2.
3.	3.

Lokalisation	Fragestellungen
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

