



H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<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. _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____ _____ Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____ _____ _____			
<input type="checkbox"/> Eilt		Rechnung an <input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-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: _____			

Bitte **schwarz** markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Dermatopathologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____	Entnahmezeit: _____
Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> DIF (unfixiert) Material: <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Shave / Curettage <input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Exzizat Sonstiges: <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Foto als Beilage <input type="checkbox"/> Schnitttrandkontrolle	

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

.....

Lokalisation (Schemata auf Rückseite)	Fragestellungen
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Lokalisation	Fragestellungen
4.	4.
5.	5.

