

# Dermatopathologie

MEDICA Pathologie  
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 99 88  
medica.ch/pathologie



PATHOLOGIE  
MEDICA ENGE

29

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.		
Befundbearbeitung		<input type="checkbox"/> Eilt
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht   Nr.: <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht   Nr.: <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		
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!

## Rechnung an

- Krankenkasse** \_\_\_\_\_  
Mitglied-Nr. \_\_\_\_\_
- Unfall-/Militärvers.** \_\_\_\_\_  
Fall-Schaden-Nr. \_\_\_\_\_  
Unfalldatum \_\_\_\_\_
- Selbstzahler** \_\_\_\_\_
- Einsender** \_\_\_\_\_
- Spital** \_\_\_\_\_  
 Halbprivat/privat    allgemein  
Fall-ID \_\_\_\_\_
- Anderer Rechnungsempfänger** \_\_\_\_\_  
(bitte vollständige Information): \_\_\_\_\_

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"/> Exzisat
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Foto als Beilage	<input type="checkbox"/> Schnittrandkontrolle
Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen _____		
Lokalisation (Schemata auf Rückseite)		Fragestellungen
1.		1.
2.		2.
3.		3.

Lokalisation	Fragestellungen
4.	4.
5.	5.

