



34

H09

| Patientendaten                                                                                                                                                                                                                                           |  | Einsender, Auftraggeber                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____                                                                                                                                                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....<br>Name _____<br>Vorname _____<br>Strasse _____<br>PLZ/Ort _____<br>c/o _____<br>Geburtsdatum:                     Mobil Tel.: _____<br>E-Mail _____<br>AHV-Nr. _____                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <input type="checkbox"/> Telefon erwünscht   Nr.: _____<br><input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht   Nr.: _____<br><input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____<br>_____<br>Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____<br>_____<br>_____ |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> Eilt                                                                                                                                                                                                   |  | <b>Rechnung an</b><br><input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> _____<br>Mitglied-Nr. _____<br><input type="checkbox"/> <b>Unfall-/Militärvers.</b> _____<br>Fall-Schaden-Nr. _____<br>Unfalldatum _____<br><input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b><br><input type="checkbox"/> <b>Einsender</b><br><input type="checkbox"/> <b>Spital</b><br><input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein<br>Fall-ID _____<br><input type="checkbox"/> <b>Anderer Rechnungsempfänger</b><br>(bitte vollständige Information): _____<br>_____ |  |
| 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!

## Zahnarzt

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Entnahmedatum:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Entnahmezeit:</b> _____ |
| <b>Fixation in:</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert<br><b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Exzizat<br><b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____ |                            |

### Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

.....  
 .....  
 .....  
 .....

| Lokalisation (Schemata auf Rückseite) | Fragestellungen/Bildgebung |
|---------------------------------------|----------------------------|
|---------------------------------------|----------------------------|

|          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |

| Lokalisation | Fragestellungen/Bildgebung |
|--------------|----------------------------|
| 4.           | 4.                         |
| 5.           | 5.                         |
| 6.           | 6.                         |
| 7.           | 7.                         |

