

EINSENDER/Stempel/Unterschrift

PATIENT/Etikette

Name, Vorname
Geburtsdatum
 weiblich ; männlich
Strasse, Nr.
PLZ, Ort

RECHNUNG Patient Einsender Andere

KOPIE AN

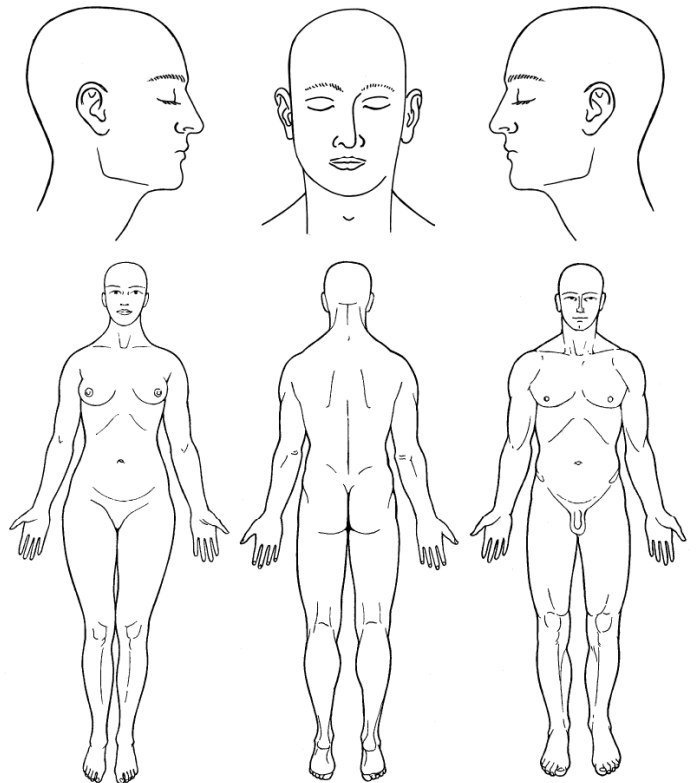
ENTNAHMEDATUM

ZEIT

FEINNADELPUNKTION ERGUSS ANDERE:
 BÜRSTE URIN
 SPÜLFLÜSSIGKEIT LIQUOR

HORMON-, ZYTOSTATIKA-, STRAHLENTHERAPIE, IMMUNTHERAPIE

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG



FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

ORGAN/ENTNAHMEORT

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

