

EINSENDER / Stempel / Unterschrift

PATIENT / Etikette

Name, Vorname

Geburtsdatum

weiblich ; männlich

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

RECHNUNG Patient Einsender Andere

KOPIE AN

ENTNAHMEDATUM:

ZEIT:

Probebiopsie

Exzizat / Resektat

Ektomie

Schnellschnitt Telefon an:

DIF

KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

ORGAN / ENTNAHMEORT

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

