

47

H09

Patienten-Nr. des Arztes:		Einsender, Auftraggeber	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ Kind >> Vater/Mutter		 Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburtsdatum Mobil Tel.		Behandelnder Arzt:	
E-Mail		E-Mail:	
AHV-Nr.		Rechnung an	
Befundbearbeitung ☐ Eilt		☐ Krankenkasse Mitglied-Nr.	
☐ Telefon erwünscht Nr.:		☐ Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr.	
☐ Befundkopie an:		Unfalldatum	
.....		☐ Selbstzahler	
.....		☐ Einsender	
.....		☐ Spital ☐ Halbprivat/privat ☐ allgemein	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)		☐ Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information):	
.....			
Ambulante Pauschale: ☐ Nein ☐ Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben:			

Mamma

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:		Entnahmezeit:	
Fixation in:	☐ Formalin	☐ unfixiert	☐ Schnellschnitt
Material:	☐ Biopsie	☐ Resektat	☐ Exzizat ☐ Ektomie
Lokalisation		Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen	
1.		R Orientierung L 	
2.			
3.			
4.			
Fragestellungen		R anterior = ventral posterior = dorsal L anterior = ventral	
1.			
2.			
3.			
4.			