

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		Behandelnder Arzt: _____ E-Mail: _____	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name	_____		
Vorname	_____		
Strasse	_____		
PLZ/Ort	_____	Rechnung an <input type="checkbox"/> Krankenkasse _____ Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. _____ Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> Selbstzahler _____ <input type="checkbox"/> Einsender _____ <input type="checkbox"/> Spital _____ <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID _____ <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger _____ (bitte vollständige Information): _____	
Geburtsdatum	____/____/____ Mobil Tel. _____		
E-Mail	_____		
AHV-Nr.	_____		
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt <input type="checkbox"/> Telefon 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: _____			

Mamma

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____		Entnahmezeit: _____	
Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert <input type="checkbox"/> Schnellschnitt Material: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie			
Lokalisation	Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen		
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
Fragestellungen			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			