

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:		 Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!	
☐ weiblich ☐ männlich ☐ Kind >> Vater/Mutter			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort		Behandelnder Arzt: E-Mail:	
c/o			
Geburtsdatum	Mobil Tel.	Rechnung an	
E-Mail		☐ Krankenkasse Mitglied-Nr.	
AHV-Nr.		☐ Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum	
Befundbearbeitung ☐ Eilt		☐ Selbstzahler	
☐ Telefon erwünscht Nr.:		☐ Einsender	
☐ Faxbericht erwünscht Nr.:		☐ Spital Halbprivat/privat ☐ allgemein	
☐ Befundkopie an:		☐ Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information):	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)			
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 ☐ Exzisat ☐ Ektomie	
Allgemeine klinische Angaben			
Lokalisation (Schemata auf Rückseite)		Fragestellungen	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	

Lokalisation		Fragestellungen	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	
7.		7.	
8.		8.	
9.		9.	

