



EINSENDER/Stempel/Unterschrift

PATIENT/Etikette

Name, Vorname

Geburtsdatum

weiblich ; männlich

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

RECHNUNG Patient Einsender Andere

KOPIE AN

ENTNAHMEDATUM

ZEIT

PROBEBIOPSIE

EXZISAT/RESEKTAT

EKTOMIE

SCHNELLSCHNITT

Telefon

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

ORGAN/ENTNAHMEORT

1.

2.

3.

4.

5.

6.

