



EINSENDER/Stempel/Unterschrift

PATIENT/Etikette

Name, Vorname
 Geburtsdatum
 weiblich ; männlich
 Strasse, Nr.
 PLZ, Ort

RECHNUNG Patient Einsender Andere

KOPIE AN

ENTNAHMEDATUM

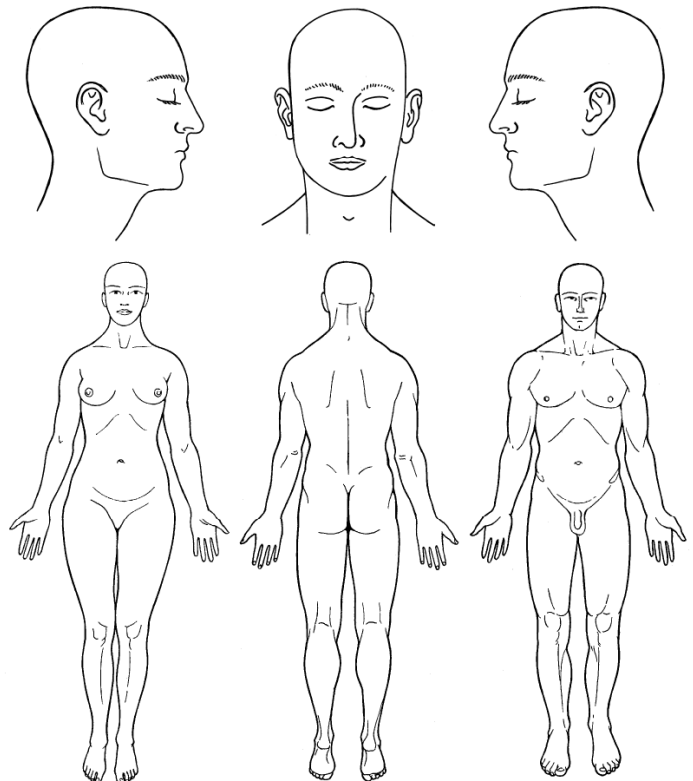
ZEIT

FEINNADELPUNKTION ERGUSS
 BÜRSTE URIN
 SPÜLFLÜSSIGKEIT LIQUOR

ANDERE:

HORMON-, ZYTOSTATIKA-, STRAHLENTHERAPIE, IMMUNTHERAPIE

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG



FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

ORGAN/ENTNAHMEORT

1.
2.
3.
4.

