



**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. ....