



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. ....

