



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

ORGAN/ENTNAHMEORT

1.
2.
3.
4.
5.
6.

