



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.

