



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

DIF

KLINISCHE ANGABEN/FRAGESTELLUNG

FRÜHERE UNTERSUCHUNGEN

ORGAN/ENTNAHMEORT

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

