



**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. ....

