



**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. ....

