

Name, Vorname, Ledigename (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> Geburtsdatum T T M M J J <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Geschlecht M W <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Histologie Allgemein

Frühere Untersuchungen (Nr./Jahr)
 (histologisch und zytologisch)

allg. Abt. <input type="checkbox"/>	Patient <input type="checkbox"/>	Rechnung an:	Vers.-Adresse.: _____
priv. Abt. <input type="checkbox"/>	Kr. K. <input type="checkbox"/>	Arzt <input type="checkbox"/>	Vers.-Nr.: _____
amb. allg. <input type="checkbox"/>	priv. Vers. <input type="checkbox"/>	EMV/SUVA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bericht per Telefon Nr.: _____
			<input type="checkbox"/> Bericht per Fax Nr.: _____

Kopie(n) an:

Klinische Angaben/Krankheitsangaben/Therapien/Fragestellung

Art des Materials:
 Biopsie
 Ektomie
 Resektion
 Amputation
 Curettagematerial
 Schnellschnitt

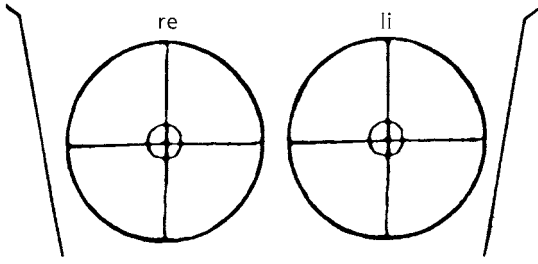
Organ/Lokalisation:	Bitte freilassen
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	

Datum der Entnahme:

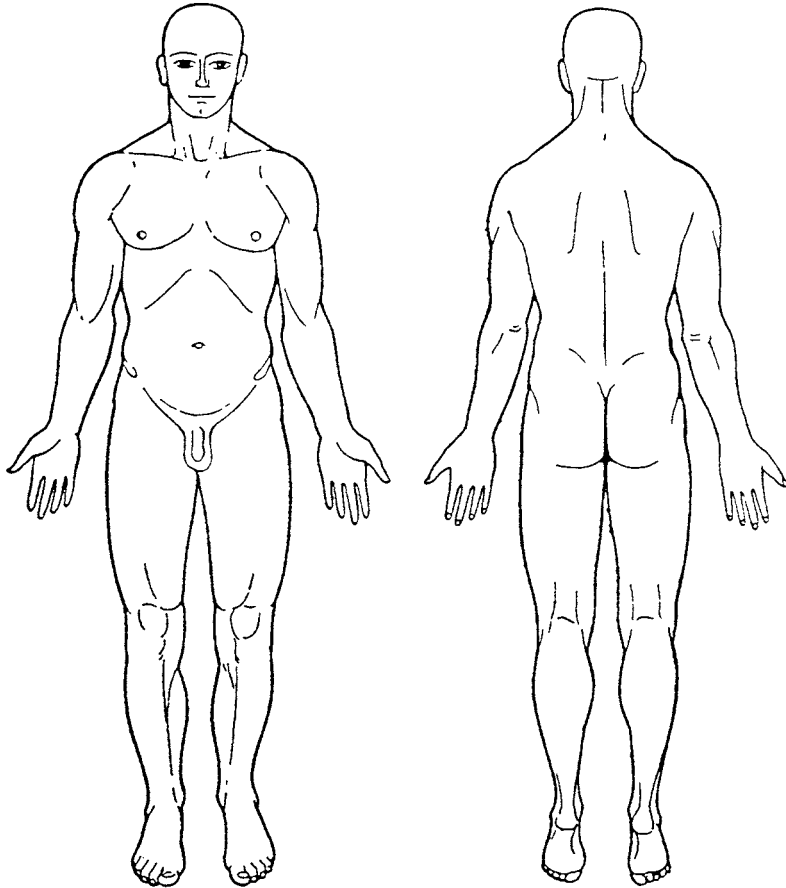
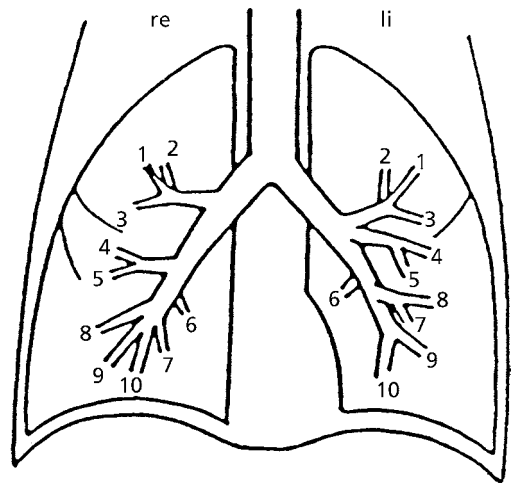
Stempel, Name und Unterschrift
 des einsendenden Arztes/Spitals

Bitte Rückseite beachten!

Mammaschema



Lungenschema



Zeichnung des Einsenders

