

Name, Vorname, Ledigename (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <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 Magen/Darm Biopsien

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

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

Kopie(n) an:

Klinische Angaben/Krankheitsangaben/Therapien/Fragestellung

Art des Materials: Biopsie Teilexiziat Totalexstirpation

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

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes/Spitals

Bitte Rückseite beachten!

Oesophagus

cm

