

# Anmeldung Schnellschnitt

## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: \_\_\_\_\_

 Geschlecht:     Mann     Frau

                    ambulant     stationär

Auftraggeber (inkl. Adresse):	Schnellschnittdatum:
	Gewünschter Zeitpunkt:
E-Mail:	Telefon für Rückfragen:

<b>Geplante Operation und Untersuchung (z.B. RR-Status, Dignität, etc.)</b>

Frühere Untersuchungen:

**Für Zeichnungen und weitere Angaben bitte Rückseite benutzen!**

Vom Institut für Pathologie auszufüllen				
Pathologie	Befundempfänger	Ankunftszeit	Diagnosezeit	Diagnose