

Histologie

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

AHVN13: _____

Geschlecht: Mann Frau

ambulant stationär

Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

Klinische Angaben / Diagnosen / bisherige Therapie / Fragestellung

Art des Materials: Biopsie Ektomie Resektion Anderes:

Schnellschnitt: Ja Telefon-Nr.:

Organ / Lokalisation:

1)	4)
2)	5)
3)	6)

Für Zeichnungen und weitere Angaben bitte Rückseite benutzen!