

Histologie Gastrointestinaltrakt

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: 	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: 	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Lokalisation: 1) _____	Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
2) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
3) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
4) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
5) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
6) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Bitte Rückseite beachten!

Oesophagus

