

## Histologie Allgemein

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)		Bitte freilassen
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>		
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>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Intraoperativer <b>Schnellschnitt</b> Anmeldung an Labor ist erfolgt Telefon +41 71 494 21 12
		Tel.: _____   Kontakt: _____ <input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung   Tel.: _____

Kopie(n) an:

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

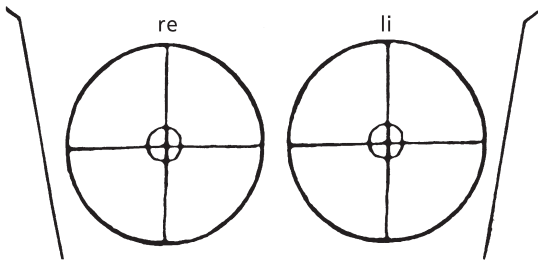
<b>Lokalisation:</b> 1) _____	<b>Art des Materials:</b> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
2) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Curettage <input type="checkbox"/>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

Datum der Entnahme:

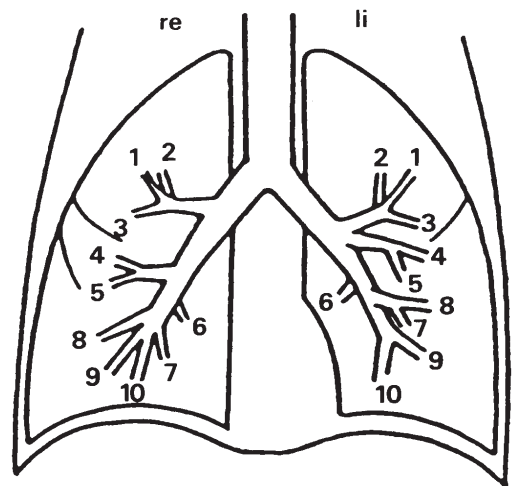
**Stempel, Name und Telefon-Nr.**  
Einsenderin/Einsender

**Bitte Rückseite beachten!**

Mammaschema



Lungenschema



Zeichnung der Einsenderin/des Einsenders

