

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse _____ Mitglied-Nr. _____ <input type="checkbox"/> IV _____ Verfügungs-Nr. _____ <input type="checkbox"/> Unfall-Vers. _____ Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____ <input type="checkbox"/> Spital (stationärer Patient) <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Andere _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name	_____		
Vorname	_____		
Strasse	_____		
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____		
Geburtsdatum	_____ Mobil Tel. _____		
E-Mail	_____		
AHV-Nr.	_____		
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Rechnung an	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____ _____ _____		Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____			

Dermatopathologie

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____	Entnahmezeit: _____
Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> DIF (unfixiert) Material: <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Shave / Curettage <input type="checkbox"/> Resektat Sonstiges: <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Foto als Beilage <input type="checkbox"/> Schnitttrandkontrolle	

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

Lokalisation (Schemata auf Rückseite)	Fragestellungen
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Lokalisation	Fragestellungen
4.	4.
5.	5.

