

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber		
Patienten-Nr. des Arztes: _____				
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....				
Name _____	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">           Behandelnder Arzt: _____         </div> <div style="padding-bottom: 2px;">           E-Mail: _____         </div>			
Vorname _____				
Strasse _____				
PLZ/Ort _____				
c/o _____				
Geburtsdatum:             Mobil Tel. _____				
E-Mail _____				
AHV-Nr. _____				
<b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> <b>Eilt</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____ <input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____ _____ _____				
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____ _____ _____				

█  
 Bitte **schwarz**  
markieren

Zum Markieren  
keine Filzstifte  
verwenden!

# Histologie HNO

**Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen**

Entnahmedatum: _____	Entnahmezeit: _____
<b>Fixation in:</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert <b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat <b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____	

**Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen**  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Lokalisation (Schemata auf Rückseite)	Fragestellungen/Bildgebung
<b>1.</b> _____ _____	<b>1.</b> _____ _____
<b>2.</b> _____ _____	<b>2.</b> _____ _____
<b>3.</b> _____ _____	<b>3.</b> _____ _____

Lokalisation	Fragestellungen/Bildgebung
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

