

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 style="text-align: center;"> Geburtsdatum T T M M J J <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Geschlecht M W <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Vorsorge KK/Vers.: _____ Adresse: _____ 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

cm

