

Prof. Dr. med. Peter Häusermann
Dr. med. Andreas Volz
Prof. Dr. med. Stanislaw Büchner
PD Dr. med. Andreas Arnold

Einsendende/r (Stempel)		Patientenangaben (Etikette)	
Telefon		Name	
		Vorname	
		Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂
Fax	E-mail	Strasse	
		PLZ/Ort	

Kopie an _____

Entnahmedatum _____ Rechnung an: Patient Arzt Spital

Klinischer Befund / Diagnosen:	Entnahmestelle/n:
1.	
2.	
3.	
4.	
<input type="checkbox"/> Foto als Beilage	<input type="checkbox"/> Frühere Histologie
<input type="checkbox"/> E-mail	

Exzision Probeexzision Shaveexzision Curettage Punch Formalin 4% Michel Medium (DIF)

Befund: Telefon Fax secure e-mail

Labor / bitte leer lassen
Proben-Nr.

Labor Zusätzliche HE-Schnitte Spezialfärbungen Immunhistologie

Bitte um Zustellung von:

<input type="checkbox"/> Einsendeflässe klein (5ml)	<input type="checkbox"/> mittel (40ml)
<input type="checkbox"/> Einsendeformular	<input type="checkbox"/> Einsendetüten
<input type="checkbox"/> Michel Medium 5 ml (DIF)	<input type="checkbox"/> Sicherheitsbeutel (Umverpackung der Proben)