

Prof. Dr. med. Peter Häusermann
Dr. med. Andreas Volz

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

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"/> Einsendegefässe 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) |