



Untersuchungsanforderung Plazenta

Medizinische Universität Graz

Patientendaten

Familienname:

Vorname: m/w:

Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:

AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:

Klinik/Abteilung:

Tel.Nr.:

Datum: Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Datum/Zeit der Entnahme:

Fixierung: **10% neutral gepuffertes Formalin** **unfixiert** **Andere Fixierung:**

(=4% Formaldehydlösung) (nativ)

Beginn der Fixierung: **Uhr** oder **bei Paraffinblock:** Dauer der Fixierung **Std.**

Art des Untersuchungsmaterials:

Plazenta Sonstiges:

Klinische Diagnosen:

Angaben zur Mutter:

Gravida Para **SSW:**

Mütterliche Besonderheiten:

Gewicht:

Vorerkrankungen:

Angaben zur Schwangerschaft/Zwillingschwangerschaft:

Angaben zum Kind:

Kind 1

Gewichtg

Apgar/...../.....

Angaben zum Kind:

Kind 2

Gewichtg

Apgar/...../.....

Fragestellungen:

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE