



Untersuchungsanforderung - Nachanforderung

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

Organ/Lokalisation:

Untersuchungen:

- Östrogenrezeptor
- Progesteronrezeptor
- HER2/neu
- Alk D573
- ROS1
- PDL1 SP263
- PDL1 SP142
- PDL1 22C3
- MMR/MSI Analyse
- Sonsige:.....

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr.
BARCODE

**Untersuchungs-
material:**
(Blocknummer)

.....