



Untersuchungsanforderung Histopathologie

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:

- Biopsie/Probeexzision Operationspräparat Schnellschnitt
 Nadelbiopsie Cürettage/Pipelle

Organ/Lokalisation:

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Pathologie
 Eingangsdatum/-zeit

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE

E-Nr.
 BARCODE