

Untersuchungsanforderung Zahn- und Mundhöhlenbereich

Patientendaten

Familienname:

Vorname: m/w:

Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:

AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:

Klinik/Abteilung:

Tel.Nr.:

Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Datum/Zeit der Entnahme:

Beginn der warmen IschämieUhr / Beginn der kalten IschämieUhr

Beginn der FixierungUhr oder bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std.

10% neutral gepuffertes Formalin
(=4% Formaldehydlösung)

unfixiert (nativ)

Andere Fixierung:
.....

Art des Untersuchungsmaterials:

Biopsie/Probeexzision

Operationspräparat

Schnellschnitt-Diagnostik

Nativ für BioBank
Beginn Transport:Uhr

Klinische Diagnosen/Fragestellungen :

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

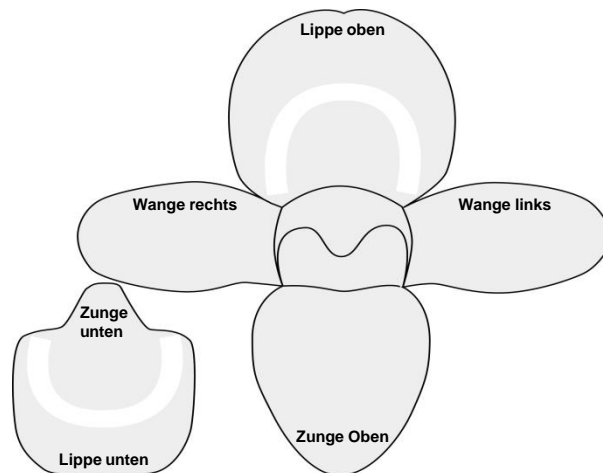
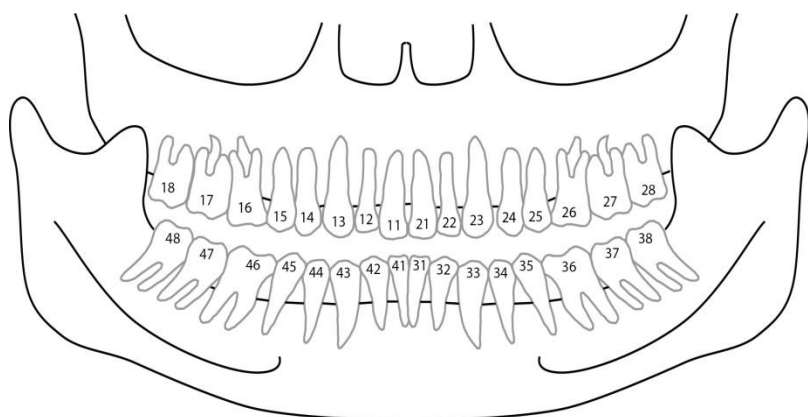
E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Lokalisation:



Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden