



Untersuchungsanforderung Zahn- und Mundhöhlenbereich 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

Beginn der warmen IschämieUhr / Beginn der kalten IschämieUhr

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

10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) **unfixiert (nativ)** **Andere Fixierung:**

Art des Untersuchungsmaterials:

Biopsie/Probeexzision Operationspräparat Schnellschnitt

Klinische Diagnosen/Fragestellungen :

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Lokalisation:

