

## Untersuchungsanforderung Zahn- und Mundhöhlenbereich

<b>Patientendaten</b> Familienname: ..... Vorname: ..... m/w: ..... Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: ..... AZ/Fallzahl: .....	<b>Einsenderangaben/Stempel</b> Arzt/Ärztin: ..... Klinik/Abteilung: ..... Tel.Nr.: ..... Unterschrift: .....
<b>Gebührenklasse:</b> <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse	<b>Behandlung:</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

<b>Organ</b> Lokalisation ..... <b>Untersuchungs- material:</b> <input type="checkbox"/> Op-Präparat <input type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: ..... Beginn der Fixierung: .....:..... Uhr Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung ..... Std. Beginn der warmen Ischämie .....:..... Uhr / Beginn der kalten Ischämie .....:..... Uhr	<b>Datum</b> <b>Zeit</b> der Entnahme ..... : .....	<b>Pathologie</b> Eingangsdatum/-zeit .....  E-Nr. BARCODE
--	--	---

### Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

### Lokalisation:

