



PATIENT/Etikette

Herr Frau Kind (Vater/Mutter)

Name _____

Vorname _____

Geb. Dat. _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

EINSENDER/Stempel/Unterschrift

RECHNUNG AN

Patient

Einsender

Andere

Schnellschnitt, Telefon _____

Schnellbefund

Referenzschnitt senden

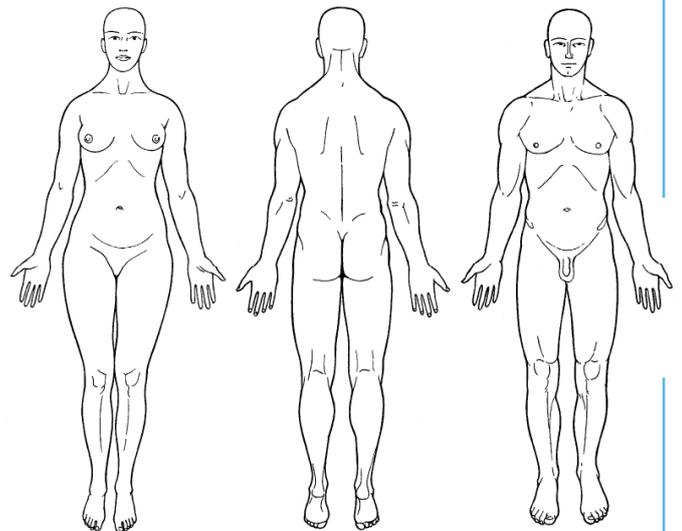
Direkte Immunfluoreszenz

FRÜHERE HISTOLOGIE _____

Berichtskopie an (vollständige Adresse)

KLINISCHE ANGABEN/DIAGNOSE

LOKALISATION/ENTNAHMESTELLE



ENTNAHMEDATUM _____

Probe-Exzision

Schnitttrandkontrolle

Total-Exzision

Shave/Curettage

BESTELLUNG VERSANDMATERIAL

Formalin-Röhrl 5ml 10ml 40ml

DIF-Röhrl

Versandtüten

Formulare

Online <http://swiss-patho.ch/bestellung/>