



## 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

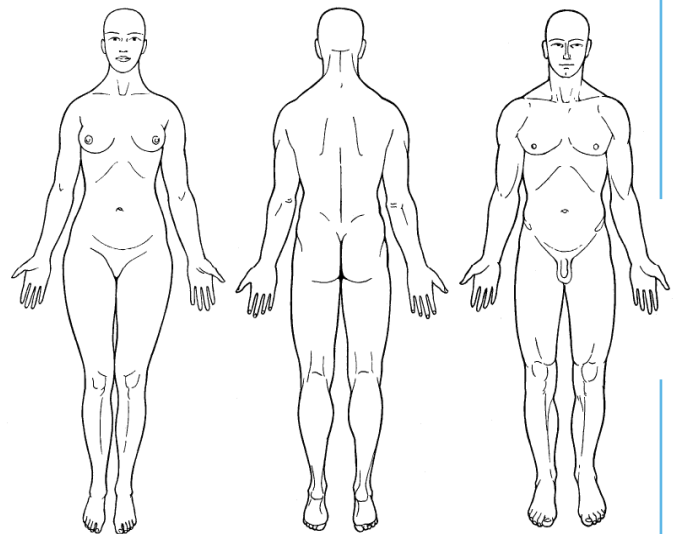
Direkte Immunfluoreszenz

FRÜHERE HISTOLOGIE \_\_\_\_\_

Berichtskopie an (vollständige Adresse)

## KLINISCHE ANGABEN/DIAGNOSE

## LOKALISATION/ENTNAHMESTELLE



ENTNAHMEDATUM \_\_\_\_\_

Probe-Exzision

Schnitttrandkontrolle

Total-Exzision

Shave/Curettage

## BESTELLUNG VERSANDMATERIAL

Formalin-Röhrli  5ml  10ml  40ml

DIF-Röhrli

Versandtüten

Formulare

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