

Untersuchungsauftrag Histologie/ Zytologie

Patientendaten:

Absender:

Tel.-Nr. _____

Stationär Station _____

Ambulant

Chefarztbehandlung

Eingangsdatum:

Journal - Nr.:

Entnahmedatum:

(maximal 10 Proben pro Einsendeschein)

Entnahmestelle des Gewebes:

Klinische Angaben/ Fragestellung:

 (Unterschrift einsendender Arzt)

Ausgepackt und geprüft	Färbungen	Block-anzahl	Entkalkung (Anzahl)	Zuschnitt Makroskopie	Proben-ausgabe	IMH

<input type="checkbox"/> 4800	<input type="checkbox"/> 4802	<input type="checkbox"/> 4815	<input type="checkbox"/> 4852	<input type="checkbox"/> 4811
<input type="checkbox"/> 4816	<input type="checkbox"/> HR	<input type="checkbox"/> HER 2	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> HPV