

Auftrag zur histo-/molekularpathologischen Untersuchung

B-Nr.:	Intern
--------	--------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> stationär gesetzlich <input type="checkbox"/> ambulant gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name Arzt/Ärztin (Leserlich):	
	Unterschrift (Arzt/Ärztin):	
	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	
	Entnahmedatum/ Ausgangsdatum/-uhrzeit:	

Frühere histopathologische Untersuchungen:	Vor-Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Radiatio: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Steroidtherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lokalisation:	Anzahl der Proben:	
Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt		Art (HIV, HepB, C, etc.):

Probe 1:		
Probe 2:		
Probe 3:		
Probe 4:		
Probe 5:		
Eingangsdatum/-uhrzeit (Neuropathologie):	Unterschrift (Arzt):	Intern
Empfang durch:	Probenanzahl:	
	Unterschrift (Labor):	