

Patientenname/Vorname

Geburtsstag

____/____/____

Geburtsname

Geschlecht

M W

Beruf

Straße, PLZ, Ort

Krankenkasse

Ambulanz

Station _____

Wahll. Patient
Chefarztbehandlung

Auftrag Histologie/Zytologie

an Prof. Dr. A. Pagenstecher

Entnahmedatum

NE-Nr.

Eingeg.

Ort/Tag

Telefon:

Unterschrift des einsendenden Arztes

Dieses Feld bitte nicht beschriften

Biobankasservat ja nein

Entnahmestelle des Gewebes:

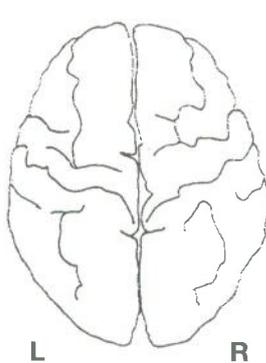
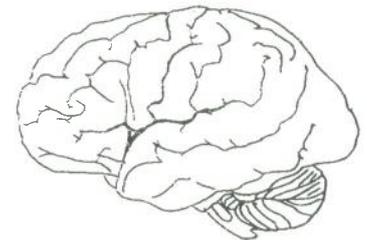
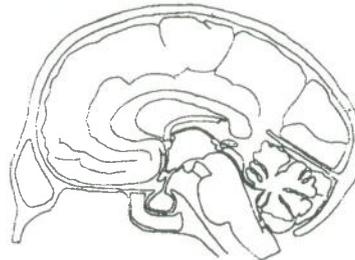
Frühere histologische Untersuchungen bitte angeben, Nr.:

Bitte Lokalisation markieren!

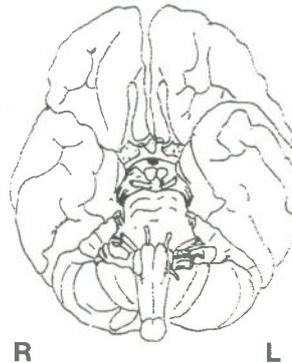
Anamnese:

Bildgebung:

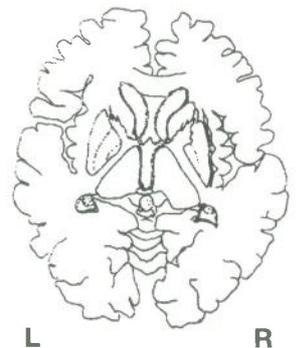
Fragestellung/Verdachtsdiagnose:



R



R



L

L

R