

Untersuchungsauftrag Histologie/ Zytologie

Patientendaten:

Stationär Station _____
 Ambulant
 Chefarztbehandlung

Absender:

Tel.-Nr. _____

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		

Rot unterlegte Felder nicht beschriften!