

## Auftrag zur histo-/molekularpathologischen Untersuchung

B-Nr.:	<b>Intern</b>
--------	---------------

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

<b>Einsender/Klinikstempel/Station:</b>

<b>Klinische Angaben:</b>	<b>Name Arzt/Ärztin (Leserlich):</b>	
	<b>Unterschrift (Arzt/Ärztin):</b>	
	<b>Telefon-Nr. (für Rückfragen):</b>	

Frühere histopathologische Untersuchungen:	Vor-Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Bestrahlung: <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:		

<b>Ausgangsdatum/-uhrzeit (Neurochirurgie):</b>	<b>Unterschrift (Arzt):</b>	<b>Intern</b>
<b>Eingangsdatum/-uhrzeit (Neuropathologie):</b>	<b>Probenanzahl:</b>	
	<b>Unterschrift (Labor):</b>	