

N° PATHO.

Datum und Zeit der Probenentnahme

Tag 123456789101112131415
16171819202122232425262728293031

Monat JanFebMärzAprMaiJunJulAugSeptOktNovDez

Stunde 01234567891011
121314151617181920212223

Minute 510152025303540455055

Rechnung an: ☐ Spital ☐ Einsender ☐ SUVA/IV
☐ Patient ☐ EMV ☐ Andere

Name der Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

☐ Kopien an: _____

☐ Zweisprachige Diagnose

☐ SCHNELLSCHNITTUNTERSUCHUNG
Antwort auf Tel.-Nr.: _____

PATIENT
Name :

Vorname :

Adresse :

PLZ / Ort :

Geburtsdatum :

Geschlecht : ☐ M ☐ W

FRÜHERE HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN?

Nr.: _____ Jahr: _____ Institut: _____

Diagnose: _____

KLINISCHE ANGABEN ODER DIAGNOSE (durch den Arzt auszufüllen):

GYNÄKO-PATHOLOGIE:

Datum der letzten Menstruation: _____

Geburtenzahl: _____

Hormonbehandlung, Ovulationshemmer: _____

Menopause: _____ Datum: _____

Medikamente: _____

FRAGEN AN DEN PATHOLOGEN:

LOKALISIERUNG DES ENTNAHMEMATERIALS

N° 1 _____

N° 2 _____

N° 3 _____

N° 4 _____

N° 5 _____

N° 6 _____

N° 7 _____

N° 8 _____

BITTE AUF DER RÜCKSEITE AUSFÜLLEN

Ort und Datum :

Unterschrift des anfordernden Arztes erforderlich :

Kontakt Telefon :

Sekretariat pathologie
T. +41 (0)27 603 47 74
ich.labo.pathologie@hopitalvs.ch

ART DER ENTNAHME		
BRUST	MOTIV	
☐ Tumorektomie	☐ Links	☐ Invasives Karzinom
☐ Mastektomie	☐ Rechts	☐ DCIS
☐ Andere: _____	☐ Andere: _____	

ORIENTIERUNG - KLINITRAY - FÄDEN

EINZELNER TUMOR - GRÖSSE - LOKALISATION

MULTIPLE TUMORE - GRÖSSEN - LOKALISATIONEN

CLIP - ANZAHL - LOKALISATIONEN

POSTNEOADJUVANTE BEHANDLUNG - GRÖSSE VORHER - GRÖSSE NACHHAR

ZEICHNUNG - BEMERKUNGEN
Veuillez remplir au verso