

Arzt / Abteilung

N° PATHO.

Datum und Zeit der Probenentnahme

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat Jan Feb März Apr Mai Jun Jul Aug Sept Okt Nov Dez

Stunde 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

Minute 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Rechnung an: Spital Einsender SUVA/IV
 Patient EMV Andere

PATIENT

Name :

Vorname :

Adresse :

PLZ / Ort :

Geburtsdatum :

Geschlecht :

M

W

SCHNELLSCHNITTUNTERSUCHUNG

Antwort auf Tel.-Nr.: _____

Versicherung: _____ Versichertennummer: _____

Kopie an: _____

FRÜHERE HISTOPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN?

Nr.: _____ Jahr: _____ Institut: _____

Diagnose: _____

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Punch Biopsie Shave Direkte Immunofluoreszenz Haut mit Läsionen Haut ohne Läsionen
 Exzision Andere: _____ (Michel'sche Lösung)

LAGE DER LÄSIONEN (exakte topographische Lokalisation der Entnahme-Stelle) → siehe Rückseite)

KLINISCHE ANGABEN ODER DIAGNOSE (Beschreibung der Läsionen)

KLINISCHE BILDER

Beiliegend
 E-mail: dermatopathologie@hopitalvs.ch

Ort und Datum :

Unterschrift des Arztes:

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

LAGE DER LÄSIONEN

Zentralinstitut der Spitäler - Institut Central des Hôpitaux - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SITTEN - T: +41 (0)27 603 4800 - LABORATORIEN : Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach, Riviera-Chablais.





