

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

Name der Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Kopien an: _____

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 _____

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 |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tumorektomie | <input type="checkbox"/> Links | <input type="checkbox"/> Invasives Karzinom |
| <input type="checkbox"/> Mastektomie | <input type="checkbox"/> Rechts | <input type="checkbox"/> DCIS |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

ORIENTIERUNG - KLINITRAY - FÄDEN

EINZELNER TUMOR - GRÖSSE - LOKALISATION

MULTIPLE TUMORE - GRÖSSEN - LOKALISATIONEN

CLIP - ANZAHL - LOKALISATIONEN

POSTNEOAJUVANTE BEHANDLUNG - GRÖSSE VORHER - GRÖSSE NACHHAR

ZEICHNUNG - BEMERKUNGEN
