



Auftragsschein HAUT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Patienten ID:

Einsendender Arzt

Geschlecht W M

Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Kopie(n) an:

Curettage (C) · Exzision (E) · Probeexzision (PE) · Punch (P) · Shave (S)

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

	C	E	PE	P	S
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Zytologie

Sputum: I II III

Klinische Angaben

Entnahmedatum _____

