



Auftragsschein HODENPUNKTION

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

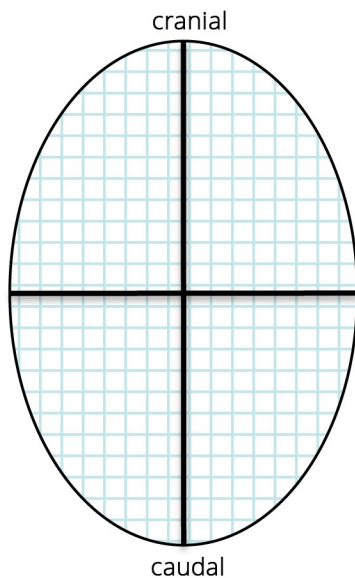
Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Kopie(n) an:

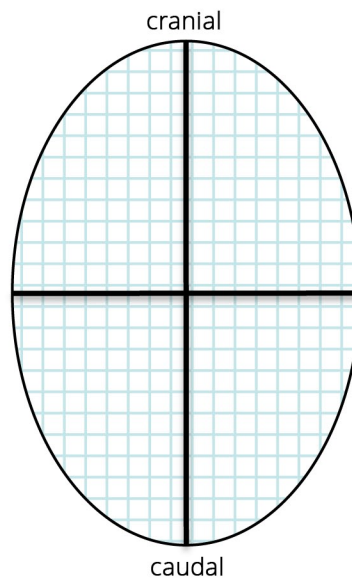
Einsendender Arzt

Entnahmeort

Hoden **rechts**:



Hoden **links**:



Klinische Angaben

Entnahmedatum _____

Azoospermie

normogonadotrop

hypergonadotrop

hypogonadotrop

nicht-obstruktiv

obstruktiv