



## Auftragsschein HAUT

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Geschlecht  W  M

Versicherung:

Patienten ID:

Vers.-Nr:

Rechnung an:  Patient  Kr.K.  Spital  Andere

Kopie(n) an:

Einsendender Arzt

PDFO HautE.pdf - v.1.3 - 03.09.2020

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

### Entnahmeort

1)

1)  C  E  PE  P  S

2)

2)  C  E  PE  P  S

3)

3)  C  E  PE  P  S

4)

4)  C  E  PE  P  S

SCHNELLSCHNITT

TEL:

### Zytologie

Sputum:  I  II  III

### Klinische Angaben

Entnahmedatum \_\_\_\_\_

