



Auftragsschein HODENPUNKTION

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Versicherung:

Vers.-Nr:

Kopie(n) an:

AHV: _____

Patienten ID:

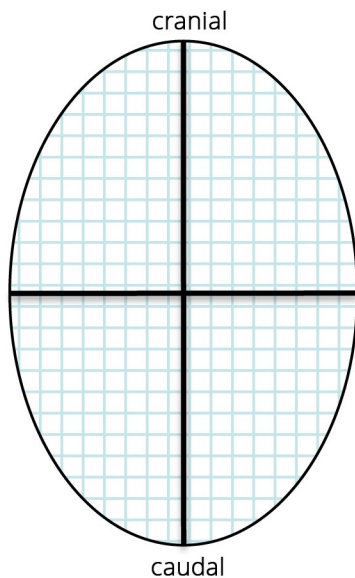
Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Einsendender Arzt

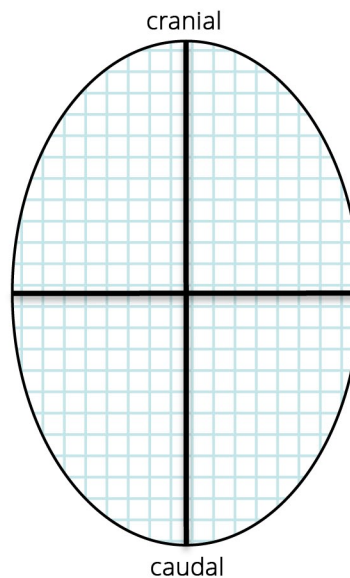
PDFO HodenEH.pdf - V1.1 - 03.09.2020

Entnahmeort

Hoden **rechts**:



Hoden **links**:



Klinische Angaben

Entnahmedatum _____

- Azoospermie
 - normogonadotrop
 - hypergonadotrop
 - hypogonadotrop

- nicht-obstruktiv
- obstruktiv