



## Auftragschein Proktologie

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Versicherung:

Vers.-Nr:

Kopie(n) an:

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

Geschlecht  W  M

Patienten ID:

Rechnung an:  Patient  Kr.K.  Spital  Andere

Einsendender Arzt

PDFO Proktologie.pdf - V:1.0 - 25.11.2021

### Entnahmeort

Entnahmedatum \_\_\_\_\_

1)

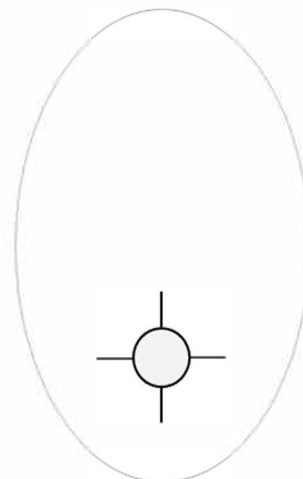
2)

3)

4)

5)

### Klinische Angaben



SSL

Rektumschleimhaut
Analschleimhaut
Haut