

┌ Stempelfeld Krankenanstalt: ┌ Eingegangen am: Uhrzeit

Patientenname: _____

Vorname: _____ männlich weiblich

└ └ Vers.-Nr. u. Geb.-Datum: _____

- | | | |
|---|-----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Versicherungsträger: | Schnellschnitt | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Allgem. Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse | Probe-Excision | <input type="checkbox"/> |
| | Operationspräp. | <input type="checkbox"/> |
| | Zytologie | <input type="checkbox"/> |
| | Bakteriologie | <input type="checkbox"/> |

Abgenommen/ Operation am:

Material (Art und Entnahmestellen): _____

Anamnese: _____

Frühere Untersuchung: nein ja frühere Hist.-Nr.: _____

Jetzige Operation: _____

Klinische Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Datum: Unterschrift:

Name und Telefonnummer des Arztes in Blockschrift:.....

Notizen: _____
