

| | |
|---|--|
| Institut für Pathologie Telefonnr. 07031 / 668-22588 MVZ Böblingen | Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping |
|---|--|

Einsenderadresse

< Anrede >
 < Vorname > < Nachname >
 < Abteilung >
 Station:

 < Strasse - Haus-Nr.>
 <PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant Ü-Schein Privat
 AOP ASV

Stationär Kasse Privat

Anamnese / Fragestellung :

präop. Chemotherapie: ja nein
 präop. Radiotherapie: ja nein

Polypenabtragung _____ cm ab anal

Schnellschnitt

Tel.-Nr. für Rückfragen:

| | | | |
|--|---|---|---|
| Art des übersandten Materials: (bitte ankreuzen) | | Entnahmedatum: | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Anal/Rektum - SH | <input type="checkbox"/> Lymphknoten |
| <input type="checkbox"/> Leistenbruch/Hernie | <input type="checkbox"/> App. vermiformis | <input type="checkbox"/> Dü - Da - Resektat | <input type="checkbox"/> Ileocökalresektat |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Weichteil – Ex. | <input type="checkbox"/> Hemicolektomie re | <input type="checkbox"/> Hemicolektomie li |
| <input type="checkbox"/> Whipple - Resektat | <input type="checkbox"/> Sigma - Resektat | <input type="checkbox"/> Rektum/Sigma - Resektat | <input type="checkbox"/> Rektumamputat |
| <input type="checkbox"/> Anderes : | | | |

Ggf. genaue Lokalisation :

Einsendender Arzt / Ärztin: _____ **Datum / Unterschrift:** _____