

Anmeldung zur Feinnadelpunktion

adresse einsender/in

patientenangaben

 name
 vorname
 geburtsdatum
 geschlecht W M
 strasse
 plz/ort

kopie an:

rechnung an patient arzt kk spital

vereinbarter termin

patient bitte aufbieten

telefonnummer des patienten

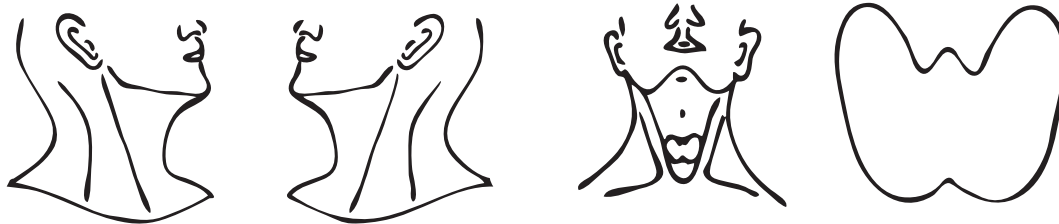
feinnadelpunktion

lymphknoten

schilddrüse, EU-TIRADS kategorie

speicheldrüse

lokalisierung des befundes bitte genau angeben



klinische angaben/differentialdiagnose:

lokalisierung:

①

②

③

frühere zytologie/histologie (institut, jahr, nr.): photo als beilage per e-mail

bitte senden sie uns

einsendegefässe (ohne formalin): klein (5ml)

mittel (40ml)

objektträger

einsendeformulare

einsendetüten

onlinebestellung: www.kempf-pfaltz.ch