

# Anmeldung zur Feinnadelpunktion

**adresse einsender/in**
  
  
  
  
  

**patientenangaben**
  
name   
vorname   
geburtsdatum   
geschlecht  W  M  
strasse   
plz/ort  

kopie an:

rechnung an  patient  arzt  kk  spital

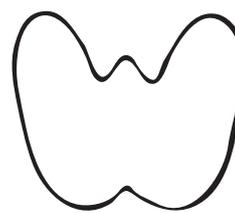
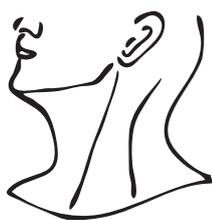
vereinbarter termin

 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 einsendetütenonlinebestellung: [www.kempf-pfaltz.ch](http://www.kempf-pfaltz.ch)