

affolternstrasse 56, postfach, 8050 zürich
 telefon 044 233 33 77, fax 044 233 33 78

adresse einsender/in**patientenangaben**

name
 vorname
 geburtsdatum, geschlecht
 strasse
 plz/ort

kopie an: _____

entnahmedatum: _____ rechnung an patient arzt kk spital

1

totalexzision probeexzision

shaveexzision curettage punch

formalin michel'sche lösung NaCl 0,9 % (DIF)

aufarbeitung: schnittrandkontrolle/mikrographisch kontrollierte chirurgie (MGC)

klinische angaben/differentialdiagnose:

lokalisierung:

photo als beilage/per e-mail

frühere histologie (institut, jahr, nr.):

2

totalexzision probeexzision

shaveexzision curettage punch

formalin michel'sche lösung NaCl 0,9 % (DIF)

aufarbeitung: schnittrandkontrolle/mikrographisch kontrollierte chirurgie (MGC)

klinische angaben/differentialdiagnose:

lokalisierung:

photo als beilage/per e-mail

frühere histologie (institut, jahr, nr.):

bitte senden sie uns

einsendeflässe: klein (5ml) mittel (40ml) gross (250ml) extra gross (750ml)
 einsendeformulare einsendetüten michel'sche lösung onlinebestellung: www.kempf-pfaltz.ch