

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

 totalexzision  probeexzision

 shaveexzision  curettage  punch

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

 aufarbeitung:  schnittrandkontrolle/mikrographisch kontrollierte chirurgie (MGC)

**klinische angaben/differentialdiagnose:**
**lokalisierung:**

1	.....	.....
2	.....	.....
3	.....	.....
4	.....	.....
5	.....	.....
6	.....	.....
7	.....	.....
8	.....	.....

 frühere histologie (institut, jahr, nr.):

 photo  als beilage  per e-mail

**bitte senden sie uns**

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