



## Auftragsschein ALLGEMEIN/SCHILDDRÜSE

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Versicherung:

Vers.-Nr:

Kopie(n) an:

AHV: \_\_\_\_\_

Geschlecht  W  M

Patienten ID:

Rechnung an:  Patient  Kr.K.  Spital  Andere

Einsendender Arzt

PDFO AllgSchildd.pdf - V:1.2 - 03.09.2020

### Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

5)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

**FNP Schilddrüse:**  Zyste  Knoten

Anderes: \_\_\_\_\_

Seite:  rechts  links  Isthmus

Lokalisation:  kranial  Mitte  kaudal

### Klinische Angaben

Entnahmedatum \_\_\_\_\_