



Auftragsschein HAUT

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 HautE.pdf - v.1.3 - 03.09.2020

Curettage (C) · Exzision (E) · Probeexzision (PE) · Punch (P) · Shave (S)

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

	C	E	PE	P	S
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Zytologie

Sputum: I II III

Klinische Angaben

Entnahmedatum _____

