



<b>Patientendaten:</b> (Etikett oder vollständig ausfüllen)	SV-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
AZ: _____	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Familienname: _____	ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/>
Vorname: _____	Kostenträger: _____
Frühere Namen (Geburtsname/Mädchenname): _____	Vers.: Gebührenklasse A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
Anschrift: _____	<b>Zuweiserverdaten:</b> Stempel/Name von LKH/Klinik/Abt./Arzt: _____
<b>Bitte frei lassen für E-Nummern</b>	Zuständiger Arzt: _____
	Tel.Nr. erreichbar unter: _____
	<b>CITO</b> <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____

<b>Verdachtsdiagnose/Fragestellung:</b>		
<b>Materialdaten:</b>	<b>Anatomische Lokalisation:</b>	<b>Probe/Präparat:</b>
<input type="checkbox"/> Ascites/Douglas <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> DHC <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Abstrich luftgetrocknet <input type="checkbox"/> Abstrich fixiert <input type="checkbox"/> fixiert <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> _____
<b>Abnahmeart:</b> <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> BÜ <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> LAV <input type="checkbox"/> Spontangewinnung		

<b>Bitte für das Labor frei lassen.</b>	
<b>Anzahl gesamt:</b> _____	<b>Material eingelangt am</b> _____, <b>um</b> _____