



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

Materialdaten/Lokalisation:	Klinische Angaben:	
Bitte einzeichnen	Szintigraphie:	Sonographie:
	<input type="checkbox"/> heiß	<input type="checkbox"/> echonormal
	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> echoarm
	<input type="checkbox"/> kalt	<input type="checkbox"/> echoreich
	<input type="checkbox"/> kühl	<input type="checkbox"/> Mikrokalk
	<input type="checkbox"/> inhomogen	<input type="checkbox"/> gemischt echogen
		<input type="checkbox"/> zystisch

Probenbezeichnung im Detail:		
	Lokalisation / Durchmesser	Bitte frei lassen
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		