

HI - Zuweisung Dermatohistologische Begutachtung

Formular

gültig ab: 24.11.2023

Q-Matis ID: 53299 – Version: 1

Seite 1 von 1

Patient:innenetikette

Anfordernde Kostenstelle (Etikette)

Anfordernde Betriebsstelle (Etikette)

Anfordernde Ärztin: _____

Operateurin: _____

Anforderungsdatum: ____ . ____ . ____

Patient:in: ambulant / stationär

Befundkopie an:

Entnahmetechnik:

- Stanze / Biopsie scharfer Löffel
 Shave-Biopsie Excision
 Kaustik Inzisionale Biopsie _____

Entnahmedatum: ____ . ____ . ____

Klinische Angaben:

Foto

(Differenzial)diagnose(n)

Vorbefunde

Verteilung / Lokalisation

Unterschrift Ärztin / Arzt

Datum