



Part of **affidea**

**INSTITUT FÜR HISTOLOGISCHE UND
ZYTOLOGISCHE DIAGNOSTIK AG AARAU**



Dammweg 1 Tel 062 834 02 80
5000 Aarau

institut@patho-diagnostik.ch
www.patho-diagnostik.ch

Histologie

Name _____

Vorname _____ F ☐ M ☐

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

☐ stationär --> ☐ ambulant ☐ Rechnung an Arzt
☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat

Klinische Angaben und Fragestellungen:

Art des Untersuchungsmaterials, Organ/Topographie:

Biopsie ☐ Curettage ☐ Exzizat ☐ Ektomie / Ablatio / Amputation ☐

Spezielle Bemerkungen:

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

Frühere Untersuchungen:

☐ Tel. Bericht: _____
☐ Fax Bericht: _____
☐ Mail Bericht: _____
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____