

Privat Patientendaten

Einsender:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Eingegangen am: _____

Uhrzeit: _____ MTA: _____

Befund/Anamnese:

PAS Eingabe	Zuschnitt	Protokoll	Ausgießen

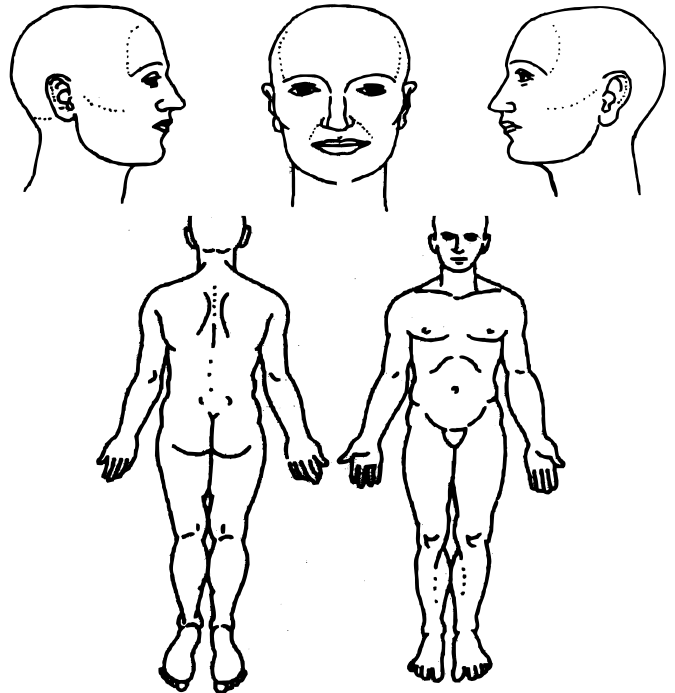
Vorhistologie-Nr.: _____

Präparat geteilt für: _____

Immunfluoreszenz: IIF: ja nein DIF: ja nein

Photo am: _____

Bitte Lokalisation mit Buchstaben markieren.



Präp.	Klinische Diagnose/Differentialdiagnose	Lokalisation	Entnahmetechnik	Bemerkungen
A			Totalexzision <input type="radio"/> Probeexzision <input type="radio"/> Kürettage <input type="radio"/> Shaveexzision <input type="radio"/>	
B			Totalexzision <input type="radio"/> Probeexzision <input type="radio"/> Kürettage <input type="radio"/> Shaveexzision <input type="radio"/>	
C			Totalexzision <input type="radio"/> Probeexzision <input type="radio"/> Kürettage <input type="radio"/> Shaveexzision <input type="radio"/>	
D			Totalexzision <input type="radio"/> Probeexzision <input type="radio"/> Kürettage <input type="radio"/> Shaveexzision <input type="radio"/>	