

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. LKH Hochsteiermark – Standort Leoben Institut für Pathologie

Vorstand: Prim. Dr. Koppány Bodó 8700 Leoben, Vordernberger Straße 42 Tel: 03842/401-2414 Fax: 03842/401-2464





Patientendaten: (Etikett oder ausfüllen)		Zuweiserdaten:				
AZ:		Stempel/Name von LKH/Abt:				
Familienname:						
Vorname:						
		Ärztin/Arzt:				
SV-Nr: Geb. datum:		Tel.:				
Geschlecht: ☐ ♂. / ☐ ♀. / ☐ div.	<i>Vers</i> : □ aml	s: □ amb / □ stat			Diese Felde	er freilassen
Wohnort (Anschrift):						
Anforderung Extragenitale Zytologie Wuns				Wunsch		
Materialdaten/Lokalisation:				☐ Zyto Standard		
Organ- gebiet	Entnahme- datum:			☐ Cito	eingelangt	
Klinische Angaben						
					Anzahl	
					Material	
Probenbezeichnung im Detail:					Bitte frei lassen	
Gewinnungsart angeben:BÜ (Bürste) / FNA Lokalisation - anatomisch (Feinnadelaspirat) / Punktat / Lavage, genau						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						