



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

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

Probenbezeichnung im Detail:		
	Lokalisation / Durchmesser	Bitte frei lassen
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		