

## Molekulare Diagnostik

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)

Geburtsdatum  
 T T M M J J

Geschlecht  
 M W

Bitte freilassen

Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

**Rechnung an:**

- Versicherung  IV/SUVA
- Auftraggeber (amb./stat. Pauschale)
- Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)

**Versicherungsdetails:**

- Vorsorge  Schwangerschaft
- KK/Vers.: \_\_\_\_\_
- Police-Nr.: \_\_\_\_\_

- Telefonische Befundmitteilung erwünscht

Tel.:

**Kopie(n) an:**

**Klinische Angaben:**

---



---



---



---

**Bisherige Therapien:**

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Andere: \_\_\_\_\_

**Vorbefunde:**

- Pathologie KSSG
- extern (Kopie beilegen)

**Fragestellung:**

---



---



---

**Untersuchung:**

---



---

**Datum der Entnahme:**

**Stempel, Name und Telefon-Nr.**  
des einsendenden Arztes