

Histologie Plazenta

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:

Maternale Grunderkrankung:

Schwangerschaftswoche:

Präeklampsie/HELLP: Nein Ja

Infektion: Nein Ja

Gemini/Mehrlinge: Nein Ja - A (weisse Klammer) Di-Di Mo-Di Mo-Mo
- B (blaue Klammer)

APGAR des/der Neugeborenen:

Bisherige Therapien:

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Andere:

Fragestellung:

Vorbefunde:

- Pathologie KSSG
- extern (Kopie beilegen)

Lokalisation:

1) Plazenta

Art des Materials:

- Resektat/Exzisat Ektomie

2)

- Resektat/Exzisat Ektomie
- Biopsie Curettage

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.

Einsender/Einsenderin