

Institut für Pathologie
Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

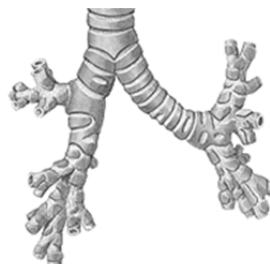
Name
Vorname
Geb. Datum
Adresse

männlich weiblich divers
SV-Nummer Garant
ambulant stationär 1./2. Kl. stationär 3. Kl.

Lungen- und Bronchusbiopsien

Kopie an:	Datum der Entnahme: Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):
Frühere Einsendungen:	Tel./intern:

Klinische Angaben:	(leer lassen)	
Dauer der Erkrankung:		
Endoskopischer Befund:		
Fragestellung:		
Art des Materials:		
1	Lunge	Bronchus
2		
3		
4		



Zusätzliche Bemerkungen: