

## 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.

## Schnellschnitt

Kopie an:

Datum der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

(leer lassen)

Klinische Angaben:

Dauer der Erkrankung:

Fragestellung:

Art des Materials:

1

2

3

4

5

6

**TELEFONNUMMER- SCHNELLSCHNITT:**