



Auftrag zur ultrastrukturellen Untersuchung

B-Nr.:	Intern
--------	---------------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name Arzt/Ärztin (Leserlich):	
	Unterschrift (Arzt/Ärztin):	
	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	

Art des Untersuchungsmaterials:
Lokalisation:
Datum - Probenentnahme:
Probe:

Eingang Datum/Uhrzeit:	Empfang durch:	Zuschnitt:	Intern
Probenanzahl:		Arzt (Kürzel):	