



# Einsender-Fragebogen Kiefer- und Gesichtstumoren

Knochtumor- und DÖSAK-Referenzzentrum  
Pathologie / Universitätsspital Basel  
Schönbeinstrasse 40  
CH-4031 Basel  
Tel.: +41-61-2652878 Fax: +41-61-2653513  
Email: ktrz@usb.ch

Alternative Lieferadresse:  
Knochtumor- und DÖSAK-Referenzzentrum  
Pathologie / Universitätsspital Basel  
c/o Elektrohaus GEMPP GmbH  
Hauptstr. 135  
D-79576 Weil am Rhein

Name / Vorname ..... m  w

Geburtsdatum .....

Entnahmelokalisation (vgl. Skizze Rückseite) .....

Voreingriffe an gleicher Lokalisation ja  nein  unbekannt

Falls ja, welche? .....

Falls ja, Diagnose? .....

(Neo-)adjuvante Therapie? .....

## Klinische Befunde

Symptome / Dauer? .....

Auftreibung des Kieferknochens? .....

Uni-/Multifokal? .....

Zähne vital? .....

Anamnestische Befunde? .....

Relevante Laborwerte? .....

Medikation? .....

Klinische Diagnose .....

Histologische Diagnose .....

Welches Institut? .....

Fragestellung? .....

Befundkopien an: .....

Rechnung an: .....

## WICHTIG:

**Bitte unbedingt die vollständige Bildgebung (idealerweise als CD/DVD) beilegen! Eine Befundung ohne korrespondierende radiologische Befunde ist i.d.R. NICHT möglich.**

**Sofern es sich nicht um Feuchtmaterial handelt bitte unbedingt Paraffinblöcke mitschicken, damit ggf. noch Zusatzuntersuchungen ohne Zeitverzögerung ergänzt werden können.**