

Dermatohistopathologie: Leitung  
 PD Dr. med. Peter Häusermann  
 e-mail: [hausermannp@uhbs.ch](mailto:hausermannp@uhbs.ch)  
 Tel. +41 61 328 67 87

Sekretariat  
 Inge Graf  
 email: [grafi@uhbs.ch](mailto:grafi@uhbs.ch)  
 Tel. +41 61 265 40 90

## Dermatohistopathologie – Einsendeformular

**Bitte einsenden an:** Pathologie, Schönbeinstrasse 40, 4031 Basel, Telefon +41 61 265 27 57, Telefax +41 61 265 31 94

<b>Einsendende/r Ärztin/Arzt</b> (Stempel)	<b>Kopie an</b> (Vorname / Name, genaue Adresse)
--	--

<b>Patient/-in</b> (Kleber oder Blockschrift) Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: ..... Strasse / Nr.: ..... PLZ / Ort: .....	Geschlecht:      ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> Rechnung an: <input type="checkbox"/> Spital: ..... <input type="checkbox"/> Arzt, Name: ..... <input type="checkbox"/> Patient
---	--

**Klinischer Befund - Diagnosen**

<input type="checkbox"/> <b>Probebiopsie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Shave-Biopsie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Curettage</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abtragung mit Elektrokauter</b>	<input type="checkbox"/> <b>Exzision</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nachexzision</b>
--	---	---	---	--	--

<input type="checkbox"/> <b>Formalin 4 %</b>	<input type="checkbox"/> <b>NaCl 0,9 % [DIF USB intern]</b>	<input type="checkbox"/> <b>Michel Medium [DIF externe Zusender]</b>
--	---	--

**Entnahmestelle/n**

1.	2.	3.	4.
Nr.	Nr.	Nr.	Nr.

Biopsie-Nr. (nur für Pathologie)

**Entnahmedatum:**

<input type="checkbox"/> <b>Eilt!</b>	<input type="checkbox"/> <b>Telefonischer Bescheid</b>	<input type="checkbox"/> <b>Bescheid per e-mail</b> .....
---------------------------------------	--	---

<b>Bitte um Zustellung von:</b>	<input type="checkbox"/> Einsendeformularen	<input type="checkbox"/> Proben- mit Schutzgefässen
	<input type="checkbox"/> Versandtüten mit Etiketten	<input type="checkbox"/> Michel Mediumgefässen