

Pathologie

Auftrag Zusatzuntersuchung

Universitätsspital Basel
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 31 94



Name, Vorname, Ledigennamen		Genaueres Geb.-Datum TT MM JJ □□ □□ □□			Geschlecht M W □ □	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)						
<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant		Pat.-ID:		Fall-Nr.:
<input type="checkbox"/> 3. KI <input type="checkbox"/> 2. KI <input type="checkbox"/> 1. KI		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV		Kr.K-Nr.:
Datum der Entnahme:			Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →			
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr):						
Kopie(n) an:						

Klinische Diagnose / Bemerkungen / Fragestellung (bei Studien auch Bezeichnung der Studien)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gewünschte Untersuchungen

.....

.....

.....

.....

.....

Rechnungsempfänger

- Patient
- Auftraggeber
- Krankenkasse
- Andere (Adresse)

<p>Bitte Freilassen</p> <p>Neue Nr.</p> <p>Alte Nr.</p>	
--	--