



Auftragsschein HAUT

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Versicherung:

Vers.-Nr:

Kopie(n) an:

AHV: _____

Geschlecht W M

Patienten ID:

Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Einsendender Arzt

PDF0 HautE.pdf - v1.4 - 2009/2022

Curettage (C) · Exzision (E) · Probeexzision (PE) · Punch (P) · Shave (S)

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

| | C | E | PE | P | S |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Entnahmedatum _____

Klinische Angaben

