

Tel. 0471 908145

Zuname (ledig) / Cognome (nubile)

Vorname / Nome

Zuname (verehelicht) / Cognome (coniug.)

Geburtsdatum / Data di nascita

Versicherungsnummer / Libretto sanitario N.

Adresse / Indirizzo

Geburtsort / Luogo di nascita

Krankenhaus / Ospedale

Abteilung / Reparto

Klasse / Classe

Amb. pag. / Amb. mut.

Untersuchungsmaterial und Ort der Entnahme

Materiale in esame e sede anatomica precisa del prelievo

Anzahl der Proben

Nr. contenitori

Klinische Diagnose mit klinischen Befundangaben

Diagnosi clinica con riassunto dei dati clinici

Histologische u. zytologische Vorbefunde

Precedenti reperti istologici e citologici

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes – Data, timbro e firma del Medico