

**Tel. 0471 908145**

Zuname (ledig) - Cognome (nubile)

Vorname - Nome

Zuname (verehelicht) - Cognome (coniug.)

Geburtsdatum - Data di nascita

Versicherungsnummer - Nr. Libretto sanitario

Krankenhaus - Ospedale

Abteilung - Reparto

Stationär - Ricoverato

Ambulant - Ambulatoriale

UNTERSUCHUNGSMATERIAL .....

MATERIALE IN ESAME .....

ENTNAHMETECHNIK .....

MODALITÀ DI PRELIEVO .....

KLINISCHE DIAGNOSE .....

DIAGNOSI CLINICA .....

ZYTOL. und HISTOL. VORBEFUNDE .....

PRECEDENTI ISTOL. e CITOL. ....

STRALENTHERAPIE:  ja  nein

TERAPIA RADIANTE:  si  no

BEENDET SEIT .....

TERMINATA DA .....

DATUM .....

DATA .....

UNTERSCHRIFT .....

FIRMA .....

**Es wird gebeten, Ausstrichtechnik, Materialkonservierung und Fixierung mit dem zytologischen Labor abzusprechen.**

**Si chiede gentilmente di prendere accordi con il Laboratorio Citologico sulle modalità di allestimento degli strisci, di conservazione e fissazione del materiale.**