



**Dermatopathologie,
 Immunpathologie**

Formular Nr. 2

Arzt / Name, Adresse des Auftraggebers extern (Stempel)

 Suchernr. (USZ) _____
 Kopie an: _____

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Rechnung an:

Auftraggeber

Patient

Andere

allgemein privat ambulant stationär

Dermatopathologie

Tel. 044 255 36 11

Online-Bestellung: dermalabor@usz.ch

Eingesandtes Material:

Entnahmedatum: _____

Frühere Histonummer(n): _____

Gewebe: in Formalin für Paraffin-Histologie Paraffin-Block
 Nativ für Schnellschnitt Schnitt-Präparat
 NaCl für Mikrograf. Chir. (MGC) Kryoasservierung / Biobank
 gleichzeitig DIF Schnellfixation _____
 Auswärtige Histologie: _____

1. Exzisionsstelle: _____

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie:

Differentialdiagnosen: _____

für Labor frei lassen !

2. Exzisionsstelle: _____

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie:

Differentialdiagnosen: _____

für Labor frei lassen !

3. Exzisionsstelle: _____

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie:

Differentialdiagnosen: _____

für Labor frei lassen !

Bestellung: Formalinröhrchen, Auftragsformulare und Versandtüten

Auftragsformulare _____ Stück Formalinröhrchen 75 Stück klein 45 Stück gross

Online-Bestellung: dermalabor@usz.ch

Bitte hier falzen

Bitte hier falzen

Immunpathologie

Tel. Nr. für Resultatauskünfte: 044 255 36 11

Tel. Nr. Labor für Bestellungen: 044 255 39 63

Eingesandtes Material: Entnahmedatum: _____

Gewebe: in NaCl Nativblut (Serum) für Indirekte Immunfluoreszenz (IIF)
 Michel'sche Lösung
 Direkte Immunfluoreszenz (DIF)

Frühere IF-Nr./Dg. _____

für klin. Diagnose: (kl. Beschreibung) _____

Vorbehandlung: _____

1. Exzisionsstelle: _____ Krank Gesund Periläsional
 Belichtet Unbelichtet (glutäal)

2. Exzisionsstelle: _____ Krank Gesund Periläsional
 Belichtet Unbelichtet (glutäal)

3. Exzisionsstelle: _____ Krank Gesund Periläsional
 Belichtet Unbelichtet (glutäal)

Biobank

Tel. 043 254 14 84

Eingesandtes Material: Entnahmedatum: _____

Gewebe: Nativ Nativ (Serum)
 in NaCl Heparin
 EDTA

1. Exzisionsstelle: _____ Kryo-Asservierung
Diagnose: _____ Biobank

2. Exzisionsstelle: _____ Kryo-Asservierung
Diagnose: _____ Biobank

Molekularbiologie

Tel. 044 255 39 62

Eingesandtes Material: Entnahmedatum: _____

Gewebe: Nativ Heparin
 in NaCl EDTA
 Paraffin

T-Zell-Rezeptor Klonalitätsnachweis
 B-Zell-IgH Klonalitätsnachweis

Informationen zur Entnahme, Probentransport und Probenverarbeitung:

www.uzl.usz.ch und www.dermatologie.usz.ch/Fachwissen