

**Institut für Pathologie und
Molekularpathologie**

Molekulare Endokrinopathologie
Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich
Tel.: (+41) 044 255 2789 / 2781
www.pathologie.usz.ch

Auftraggeber (Adresse, Telefonnummer):

Datum: _____

Eingesandt: 2x EDTA-Blut (je 3ml)

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

männlich weiblich

Adresse: _____

Ärztlicher Befund an:

Kopie an:

Die Rechnung geht an: Patient Auftraggeber andere: _____
(falls Patientenadresse nicht angegeben, geht Rechnung automatisch an Auftraggeber)

Diagnose & weitere klinische Angaben zum Patienten:

Familienanamnese:

Gewünschte Untersuchung:

Index-Patient: ja nein

wenn nein: wer? Verwandtschaftsgrad:

bekannte Mutation (Gen / Exon, ggf. MEN-Nummer):

Eine Patienteneinverständniserklärung liegt vollständig ausgefüllt und unterschrieben bei.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Einsender (falls nicht Auftraggeber) :

