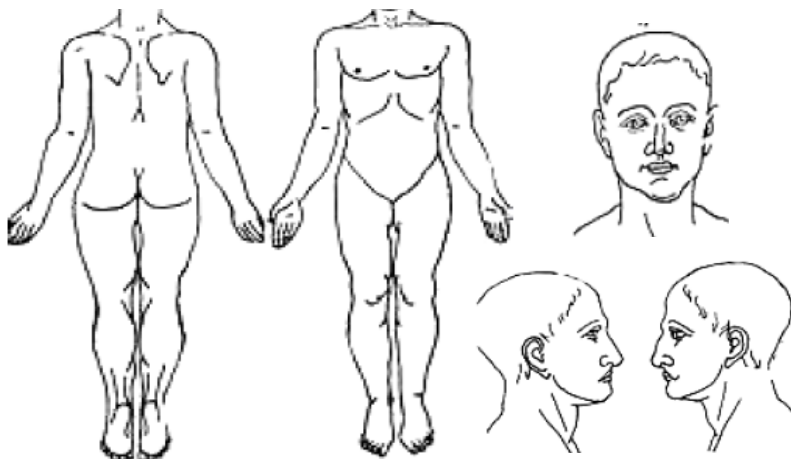


*Patient*  
*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift*



**Auftrag zur dermatohistopathologischen Untersuchung**

Prof. Dr. med. Eva Hadaschik  
 Tel.: 0201-723 85337 (Arzt) 0201-723 3649 (allg. Fragen)  
 Fax: 0201-723 5121; E-Mail: [eva.hadaschik@uk-essen.de](mailto:eva.hadaschik@uk-essen.de)

Nr.	Klinische Verdachtsdiagnose (ggf. Vorbehandlung und Befundbeschreibung, Differentialdiagnosen)	PE	Totale Excision	Küret-tage	Nach-excision	Schnitt-randkontrolle	Histographisch markiert
1.		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

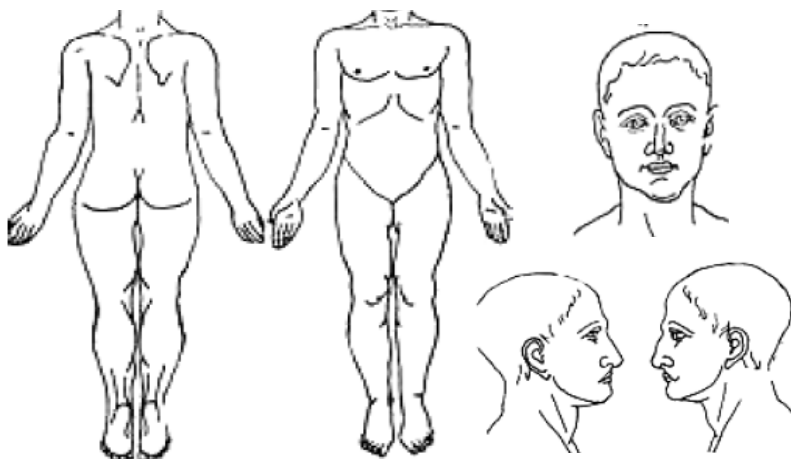
Excisionsdat:

*Barcode*

Eingangsdat:

*Praxisstempel*

*Patient*  
*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift*



**Auftrag zur dermatohistopathologischen Untersuchung**

Prof. Dr. med. Eva Hadaschik  
 Tel.: 0201-723 85337 (Arzt) 0201-723 3649 (allg. Fragen)  
 Fax: 0201-723 5121; E-Mail: [eva.hadaschik@uk-essen.de](mailto:eva.hadaschik@uk-essen.de)

Nr.	Klinische Verdachtsdiagnose (ggf. Vorbehandlung und Befundbeschreibung, Differentialdiagnosen)	PE	Totale Excision	Küret-tage	Nach-excision	Schnitt-randkontrolle	Histographisch markiert
1.		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Excisionsdat:

*Barcode*

Eingangsdat:

*Praxisstempel*