



**Dermatopathologie,
 Immunpathologie**

Formular Nr. 2

Arzt / Name, Adresse des Auftraggebers extern (Stempel)

Suchenr. (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: _____ für Labor frei lassen !

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie: _____

Differentialdiagnosen: _____

2. Exzisionsstelle: _____ für Labor frei lassen !

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie: _____

Differentialdiagnosen: _____

3. Exzisionsstelle: _____ für Labor frei lassen !

Entnahmeart: Shave scharfer Löffel Punch PE TE

Klinische Angaben, Therapie: _____

Differentialdiagnosen: _____

Bestellung: **Versandtüten** _____ Stück
 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.usz.ch/fachbereich/dermatologie/zuweisende/laboratorien