

FAKTENBLATT

Auszufüllen von der verantwortlichen Person
des Gewebearchivs

..... Patient: Name, Vorname	 Patient: Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ
..... Auskunftgebende Person: Name, Vorname	 Funktion der Auskunftgebenden Person
..... Name der Einrichtung	 Adresse der Einrichtung
..... Telefon: Kontaktperson der Einrichtung	 E-Mail: Kontaktperson der Einrichtung
..... Art des Tumors	
..... Gewicht Tumors (falls bekannt)	 Größe des Tumors (> 1,5 cm ³) (falls bekannt)
..... Besonderheiten, Bemerkungen	
.....	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben

.....
Datum TT.MM.JJJJ, Unterschrift verantwortliche Person

Bitte übergeben Sie dieses Formular ausgefüllt an den **Kurier**