

Absender:

Labor Histopathologie
Universitätsklinik für Dermatologie
Inselspital
3010 Bern

<i>Für internen Gebrauch</i>	<i>Eingang:</i>
	<i>Erledigt:</i>
	<i>Visum Labor:</i>

FAX-Nr. 031 632 05 55

Mail: derma.histopathologie@insel.ch

Ort, Datum

Bestellung Schnittpräparate/Blöcke

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bitten Sie, uns folgende Schnittpräparate/Blöcke zuzustellen:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse		Ort

Histologie-Nr. (falls vorhanden):

FRAGESTELLUNG:

BEMERKUNGEN:

Besten Dank und freundliche Grüsse