

## Histologie Plazenta

## Kantonsspital St.Gallen Institut für Pathologie

CH-9007 St.Gallen Tel. +41 71 494 67 00 pathologie@kssg.ch www.kssg.ch/pathologie

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)				Bitte freilassen
		Geburtsdatum		schlecht
		T T M M J	J M	ı w
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)				
Po charre a con-	Vorsioh owen and at star		I Talleton 1	Defined as the street are served.
Rechnung an:  Uersicherung	☐ Ambulant ☐ Stationär			Befundmitteilung erwünscht
☐ Auftraggeber/Spita	l Tel.:			
□ Patient	Adresse:			
□ IV/SUVA	Police-Nr.:			
Kopie(n) an:				
Klinische Angaben:				Bisherige Therapien:
Killische Angaben.			☐ Chemotherapie	
				☐ Strahlentherapie
				☐ Andere:
Maternale Grunderkrankung:				
Schwangerschaftswoche:				
Präeklampsie/HELLP: □ Nein □ Ja				
Infektion: □ Nein □ Ja				
Gemini/Mehrlinge: □ Nein □ Ja - A (weisse Klammer) □ Di-Di □ Mo-Di □ Mo-Mo				
- B (blaue Klammer)				
APGAR des/der Neugeborenen:				
For most all				 
Fragestellung:			Vorbefunde:  ☐ Pathologie KSSG	
			□ extern (Kopie beilegen)	
Lokalisation:			Art des Materials:	
1) Plazenta			☐ Resektat/Exzisat ☐ Ektomie	
2)				☐ Resektat/Exzisat ☐ Ektomie
				☐ Biopsie ☐ Curettage

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.

Einsender/Einsenderin