

Bitte vollständige Patientendaten angeben:



Klinik für Hautkrankheiten  
– Allgemeine Dermatologie und Venerologie –

Univ.-Prof. Dr. med. K. Steinbrink  
*Direktorin*

**Bereich Dermatopathologie**  
**Priv.-Doz. Dr. med. habil. Stephan A. Braun**  
**Prof. Dr. med. Dieter Metz**

Von-Esmarch-Str. 58  
48149 Münster

T +49 251 83-56539 / -58463  
F +49 251 83-58973

Diagnose / Fragestellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Histologie-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Einsender:**

**Adresse:**

**Tel:**

Frühere Histologien (Nr.) \_\_\_\_\_

**Entnahme:**    Stanze                       Shave                       Exzision

**mit Ziel:**         diagnostisch             Teilexzision             Totalexzision             Nachexzision

**Anschnitt im Labor:**    Schnitttrandkontrolle             Basis                       längs

**Makroskopisch:** \_\_\_\_\_ Stanzkartei

Nur vom Labor auszufüllen