

INZENDFORMULIER PATHOLOGIE GEZELSCHAPSDIEREN

Sectie en Tumordiagnostiek

Aantal monsters:

Autorisatie

Ontvangst sticker:

Inzendnummer:

In te vullen door GD

<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	Datum	Deze ruimte niet beschrijven	Deze ruimte niet beschrijven
	Paraaf		

Formulier zo VOLLEDIG mogelijk invullen.

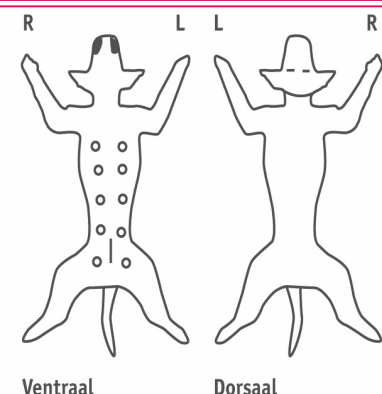
Eigenaar/houder: Adres: Postcode + Plaats: Klantcode bij DAP:	UBN: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Rel Nr: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Dierenartspraktijk: Dierenarts: Plaats:	NR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																

Inzender is	<input type="checkbox"/> Eigenaar/Houder	<input type="checkbox"/> Dierenarts		
Uitslag naar	<input type="checkbox"/> Eigenaar/Houder	<input checked="" type="checkbox"/> Dierenarts		
Rekening naar	<input type="checkbox"/> Eigenaar/Houder	<input type="checkbox"/> Dierenarts		
Diersoort	<input type="checkbox"/> Hond	<input type="checkbox"/> Kat	<input type="checkbox"/> Vogel	<input type="checkbox"/> Overig

Indien er niets is ingevuld gaat de uitslag en/of rekening automatisch naar de inzender.

Datum biopt/ overlijden: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							Datum verzonden: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Naam dier: _____ Ras: _____ Geslacht: <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/> Vrouwelijk Geboortedatum: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Chipnummer: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Euthanasie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee																									Informatie over het monster: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; background-color: #f8d7da;"> Excisiebiopt <input type="checkbox"/> Gefixeerd in 10% gebufferde formaline <input type="checkbox"/> Gefixeerd in ander fixatief _____ (naam) Tumor volledig ingestuurd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee </td> <td style="width: 40%; background-color: #f8d7da;"> Sectie <input type="checkbox"/> Cosmetisch <input type="checkbox"/> Niet cosmetisch </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f8d7da;"> Aspiratiebiopt <input type="checkbox"/> Uitgestreken en aan de droge lucht gedroogd </td> <td style="background-color: #f8d7da;"> Verwijdering <input type="checkbox"/> Reguliere verwijdering <input type="checkbox"/> Crematie </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f8d7da;"> Uitgestreken lichaamsvocht <input type="checkbox"/> Direct uitstrijkje <input type="checkbox"/> Uitstrijkje na centrifugatie </td> <td></td> </tr> </table>	Excisiebiopt <input type="checkbox"/> Gefixeerd in 10% gebufferde formaline <input type="checkbox"/> Gefixeerd in ander fixatief _____ (naam) Tumor volledig ingestuurd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Sectie <input type="checkbox"/> Cosmetisch <input type="checkbox"/> Niet cosmetisch	Aspiratiebiopt <input type="checkbox"/> Uitgestreken en aan de droge lucht gedroogd	Verwijdering <input type="checkbox"/> Reguliere verwijdering <input type="checkbox"/> Crematie	Uitgestreken lichaamsvocht <input type="checkbox"/> Direct uitstrijkje <input type="checkbox"/> Uitstrijkje na centrifugatie	
Excisiebiopt <input type="checkbox"/> Gefixeerd in 10% gebufferde formaline <input type="checkbox"/> Gefixeerd in ander fixatief _____ (naam) Tumor volledig ingestuurd: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Sectie <input type="checkbox"/> Cosmetisch <input type="checkbox"/> Niet cosmetisch																														
Aspiratiebiopt <input type="checkbox"/> Uitgestreken en aan de droge lucht gedroogd	Verwijdering <input type="checkbox"/> Reguliere verwijdering <input type="checkbox"/> Crematie																														
Uitgestreken lichaamsvocht <input type="checkbox"/> Direct uitstrijkje <input type="checkbox"/> Uitstrijkje na centrifugatie																															

Anamnese/Behandeling (in geval van biopsten dient u duidelijk de volgende gegevens te vermelden: grootte, aanwezig sinds, vergroeiing met omgeving en of gedeeltelijke verwijdering)	
	Opdrachtgever: Naam: _____ Handtekening: _____ Datum: _____

zoo meer schrijfruimte

