

Untersuchungsauftrag für Mammagewebe



Dr. med. B. Bier
 Priv.-Doz. Dr. med. E. Eltze
 Prof. Dr. med. W. Püschel*
 Dr. med. O. Scherr

**Institut für Pathologie
 Saarbrücken-Rastpfuhl**
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
Gemeinschaftspraxis für Pathologie
****Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV****
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de
 www.pathologie-saarbruecken.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Bitte unbedingt ankreuzen!

Ambulant	<input type="checkbox"/>	Kasse	<input type="checkbox"/>
Ambulante OP	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>	Präventiv	<input type="checkbox"/>

Eingangsdatum

Anzahl der Probengefäße (bitte angeben!)

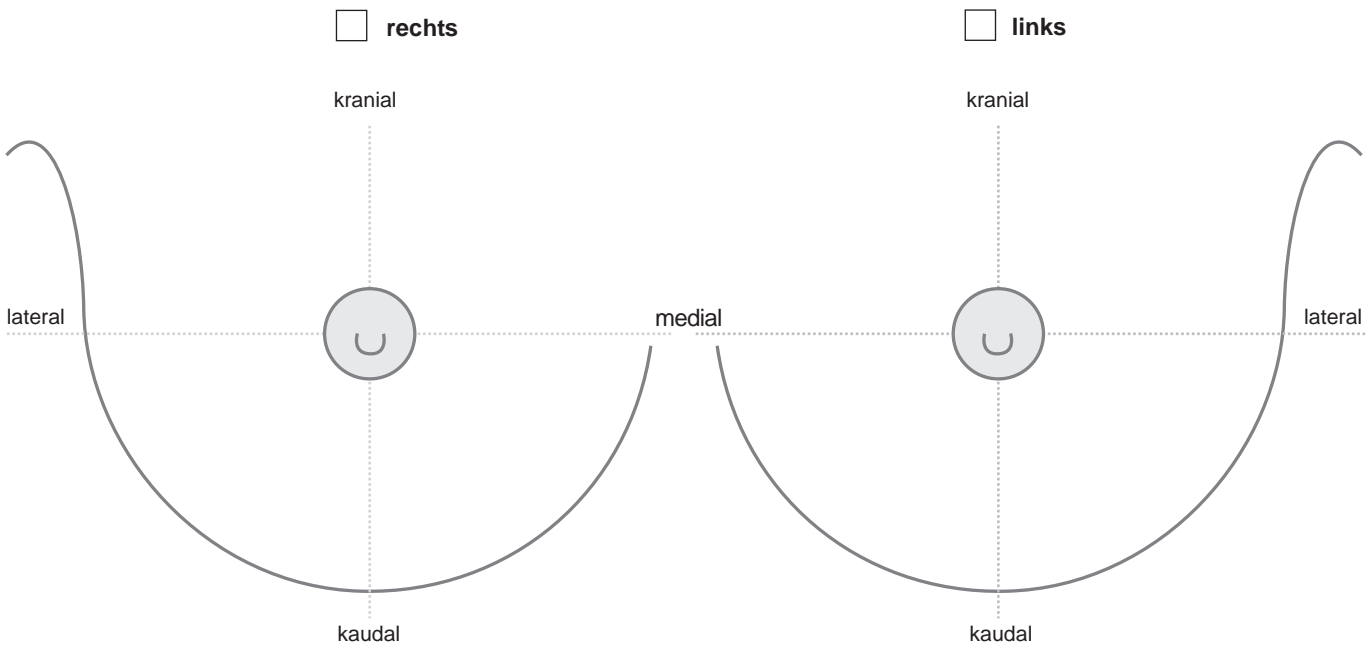
Vorbefund (H-Nr.)

Diagnose

.....

Materialannahme	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Zuschneide-Ass.	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Abgabe	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

Hauptpräparat (bitte einzeichnen!)



Fadenmarkierung
 2x kurz = ventral
 1x lang = peripher
 doppelt-lang = mamillär

Klammern
 = peripher
 = mamillär

Stempel (Einsender)

Art der Probe

- Stanzzylinder / LokalisationAnzahl.....
- Stanzzylinder / LokalisationAnzahl.....
- Stanzzylinder / LokalisationAnzahl.....
- Diagnostisches Exzizat
- Segmentresektat
- Mastektomie hautsparend subcutan
- Sentinel-LK / Anzahl.....

- Axilläres Lymphknotendissektat rechts links Level I Level II Level III

- Sonstige

Klinische Angaben

- Primär-Tumor Rezidiv Rezeptorbestimmung erwünscht

Klinik cT..... cN..... cM..... **BI-RADS-Klassifikation**.....

DCIS bekannt ja nein

Mikrokalk ja nein **Bei Mikrokalk Präparateradiogramm erforderlich!**

Herd solitär multifokal multizentrisch bilateral

Haut Ödem Rötung Ulceration

Neoadjuvante Therapie ja nein Tumor-Größe vor Therapie.....

Nachresektat (bitte auf Vorderseite einzeichnen!)

Lokalisation Anzahl.....
.....
.....
.....