

Krankenkasse/Kostenträger

Name, Vorname, Adresse des Versicherten Geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis



Prof. Dr. med. Stefan Handt*
Dr. med. Elisabeth Breuer*
Dr. med. Amjad Naami*
Dr. med. Rolf Goebbels
Dr. med. Inga Steinhoff
Dr. med. Katharina Reddemann
Fachärzte für Pathologie
*Geschäftsführende Ärzte



Ärztelhaus am Wasserturm
Niederbardenberger Str. 21a
52146 Würselen
Tel.: 02405 / 40 90 30
Fax: 02405 / 40 90 39 1

Praxiszentrum
am Marienhospital
Viehhofstraße 43
52066 Aachen
Tel.: 0241 / 47 57 15 0
Fax: 0241 / 47 57 15 91

www.pathologie-aachen.de
info@pathologie-aachen.de

Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!

Geschlecht
 ambulant (Überweisung)
 stationär
 ärztl. Wahlleistung

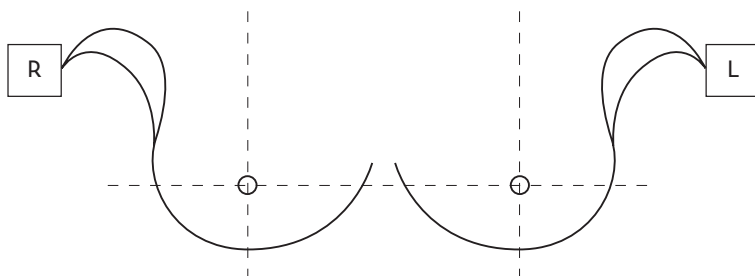
Eingang

Antrag auf mikroskopische Begutachtung intraoperativer Befund der Mamma				
Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	S	A	P	Einsendender Arzt (Stempel)
Felder bitte freilassen			19310	4800
				4802
	Sonst.		19312	4815
				4816
				4852
	STK			4815A3
Datum/Uhrzeit	Gesprächspartner/Kürzel		IHC	

Bitte für jede Seite (re/li) einen eigenen Begleitschein ausfüllen!

Tumorlokalisationen

bitte auch in Skizze markieren



rechts links

Oben Außen
 Unten Innen
 Zentral
 Sonstige Lokalisationen _____

klinische Angaben:

 Z.n. neoadjuvanter Therapie (Welche?)

Hauptpräparat

Nr.: _____

BET Reduktion
 Ablatio/Mastektomie (MRM) Wide excision + TEL _____
 Skinsparing Mastektomie (SSM)

Schnellschnitt Labor:

Uhrzeit Patho IN	Anzahl SS/OT's	AUSP	KENNZ	BARCODE	EINGABE	ASS-ZS	ENDK

Barcode

Markierung Rechts Links

Langer Faden

Cranial

Mittlerer/Doppellanger Faden

Ventral/Retromamillär

Kurzer Faden

Lateral

 Tumor wurde durch Draht markiert**Axilla** Rechts Links

Sentinel LK heiß Präparat Nr.: _____

Sentinel LK kalt Präparat Nr.: _____

LK, Level 1 Präparat Nr.: _____

LK, Level 2 Präparat Nr.: _____

LK, Level 3 Präparat Nr.: _____

Randschnitte Rechts Links

Cranial Präparat Nr.: _____

Caudal Präparat Nr.: _____

Lateral Präparat Nr.: _____

Medial Präparat Nr.: _____

Dorsal Präparat Nr.: _____

Ventral Präparat Nr.: _____

Weitere Resektate

Präparat Nr.: _____

Präparat Nr.: _____

Präparat Nr.: _____

 Clip/FadenMarkierung der Tumor zugewandten Seite