

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



Ärztehaus 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

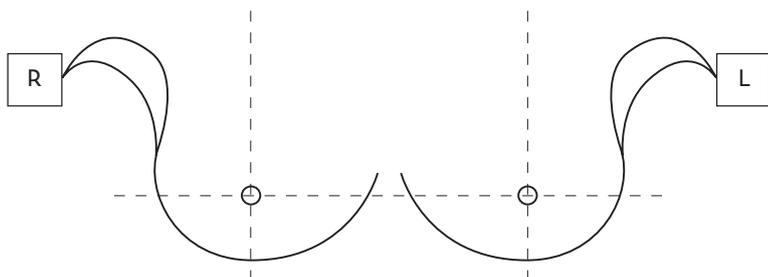
Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!

Geschlecht
 ambulant (Überweisung)
 stationär
 ärztl. Wahlleistung

Eingang

Antrag auf mikroskopische Begutachtung Biopsien der Mamma				
Datum Probenentnahme	S	A	P	Einsendender Arzt (Stempel)
			19310	4800
				4802
Uhrzeit Probenentnahme	Sonst.		19312	4815
				4816
Unterschrift Einsender				4852
	STK			4815A3
	IHC			

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



klinische Angabe:

Tumorinformationen

sonographisch BIRADS _____
 mammographisch BIRADS _____
 MRT BIRADS _____
 Herdbefund: Form _____
 Begrenzung _____
 Größe in mm _____

Mikrokalk amorph pleomorph linear
 Architekturstörung
 sonstige Informationen _____

Jet/Vakuumbiopsie Anzahl _____

Punchbiopsie Anzahl _____

rechts links

rechts links

oben außen

oben außen

unten innen

unten innen

andere Lokalisation _____

andere Lokalisation _____

Barcode

AUSP	KENNZ	BARCODE	EINGABE	ASS-ZS	ENDK
------	-------	---------	---------	--------	------