

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)

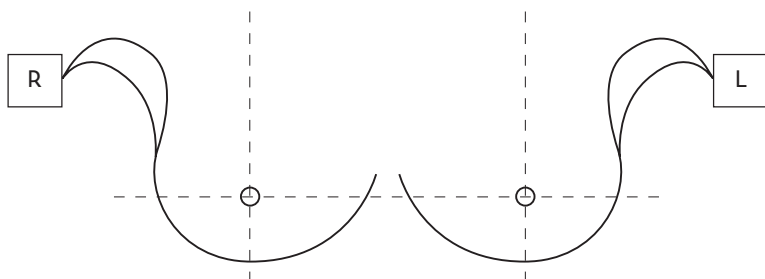
stationär

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 |
|------|-------|---------|---------|--------|------|