

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*



Fachärzte für Pathologie
Würselen und Aachen
* angestellte Ärzte
www.pathologie-aachen.de
info@pathologie-aachen.de

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Ärztehaus am Wasserturm
52146 Würselen · Niederbardenberger Str. 21a
Tel.: 02405 / 85777
Fax: 02405 / 87284

Praxiszentrum am Marienhospital
52066 Aachen · Viehhofstraße 43
Tel.: 0241 / 9610 94 95
Fax: 0241 / 9610 94 98



Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlecht	ambulant	stationär	ärztl. Wahlleistung
F = weiblich	(Überweisung)		
M = männlich	[beifügen]		

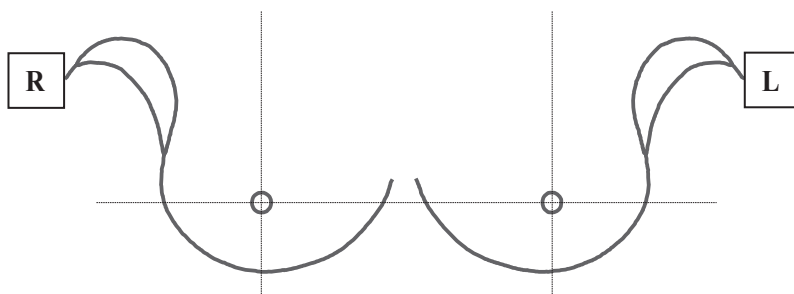
Barcode

Eingang

Antrag auf mikroskopische Begutachtung Biopsien der Mamma

Datum Probenentnahme	AM <input type="checkbox"/>	Feld bitte freilassen	Einsendender Arzt (Stempel)
Uhrzeit Probenentnahme			
Unterschrift Einsender			

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



klinische Angabe:

Tumorinformationen:

<input type="checkbox"/> sonographisch	BI-RADS _____
<input type="checkbox"/> mammographisch	BI-RADS _____
<input type="checkbox"/> MRT	BI-RADS _____
<input type="checkbox"/> Herdbefund:	Form _____
	Begrenzung _____
	Größe mm _____
<input type="checkbox"/> Mikrokalk	<input type="radio"/> amorph <input type="radio"/> pleomorph <input type="radio"/> linear
<input type="checkbox"/> Architekturstörung	
<input type="checkbox"/> sonstige Informationen	_____

<input type="checkbox"/> Jet/Vakuumbiopsie Anzahl _____	<input type="checkbox"/> Punchbiopsie Anzahl _____
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> außen	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> außen
<input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> innen	<input type="checkbox"/> unten <input type="checkbox"/> innen
<input type="checkbox"/> andere Lokalisation _____	<input type="checkbox"/> andere Lokalisation _____

Barcode

AUSP	KENNZ	BARCODE	EINGABE	ASS-ZS	ENDK