

| | | |
|---|------------------|---------|
| Krankenkasse/Kostenträger | | |
| Name, Vorname, Adresse des Versicherten | | Geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | |

INSTITUT FÜR
PATHOLOGIE

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

Ärztelhaus 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!

Geschlecht
 F = weiblich
 M = männlich

ambulant
 (Überweisung)
 [beifügen]

stationär

ärztl. Wahlleistung

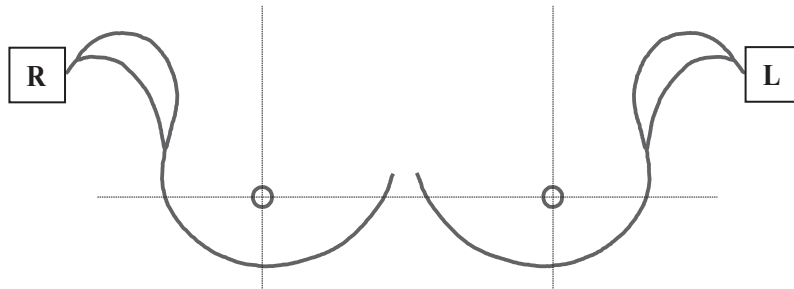
Barcode

Eingang

Antrag auf mikroskopische Begutachtung Intraoperativer Befund der Mamma

| | | |
|---|-------------------------|-----------------------------|
| Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage | AM | Einsendender Arzt (Stempel) |
| Schnellschnittdiagnose | Felder bitte freilassen | |
| Datum, Uhrzeit | | |
| Gesprächspartner, Kürzel | | |

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



Tumorlokalisierung/en

bitte auch in Skizze markieren **Rechts** **Links**

Oben Außen Sonstige Lokalisationen _____
 Unten Innen _____
 Zentral _____

Art der Operation

Präparate-Nr.: _____

Ablatio/Mastektomie Quadrant
 Skinsparing Mastektomie (SSM) Segment
 Hemimastektomie andere z.B. Wide ex. _____
 Subkutane Mastektomie Reduktion

klinische Angabe _____

Barcode

| Schnellschnitt | | | | Labor: | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|--|--|---------------|--|----------------|--|------|-------|---------|---------|--------|------|
| Läufer: | | | | Labor an Arzt | | Anzahl SS/OT's | | AUSP | KENNZ | BARCODE | EINGABE | ASS-ZS | ENDK |
| Uhrzeit OP OUT | Uhrzeit Labor IN | | | | | | | | | | | | |

Markierung Rechts Links

Langer Faden Cranial

Doppellanger Faden Ventral

Kurzer Faden Lateral

Axilla Rechts Links

Sentinel-LK Präparat-Nr.: _____

LK Präparat-Nr.: _____

LK, Level 1 Präparat-Nr.: _____

LK, Level 2 Präparat-Nr.: _____

LK, Level 3 Präparat-Nr.: _____

Nachresektat 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/Faden-Markierung der
Tumor zugewandten Seite