

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**

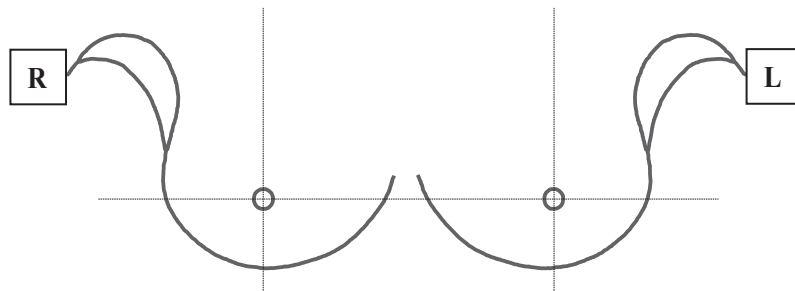
Barcode

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