

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**

**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!**

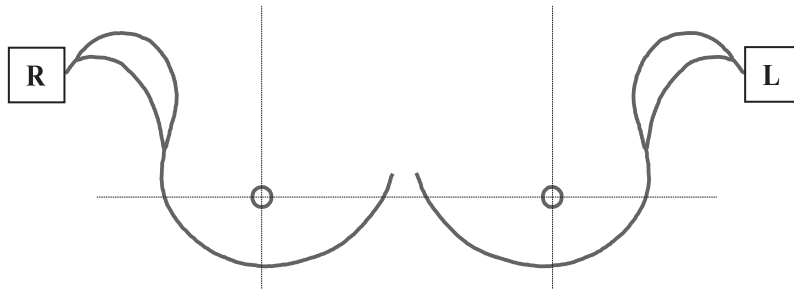
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Geschlecht</b> F = weiblich M = männlich	ambulant (Überweisung) [beifügen]	stationär	ärztl. Wahlleistung

Barcode

Eingang

Antrag auf mikroskopische Begutachtung Intraoperativer Befund der Mamma		
Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	AM <input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/> Oben	<input type="checkbox"/> Außen	<input type="checkbox"/> Sonstige Lokalisationen _____
<input type="checkbox"/> Unten	<input type="checkbox"/> Innen	
<input type="checkbox"/> Zentral		

**Art der Operation**

Präparate-Nr.: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ablatio/Mastektomie	<input type="checkbox"/> Quadrant
<input type="checkbox"/> Skinsparing Mastektomie (SSM)	<input type="checkbox"/> Segment
<input type="checkbox"/> Hemimastektomie	<input type="checkbox"/> andere z.B. Wide ex. _____
<input type="checkbox"/> Subkutane Mastektomie	<input type="checkbox"/> Reduktion

klinische Angaben \_\_\_\_\_

Barcode

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

**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