

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
 Dr. medic. Lavinia Voicu
 Fachärzte für Pathologie
 *Geschäftsführende Ärzte

MVZ Institut für
 PATHOLOGIE



WÜRSELEN – AACHEN

MVZ Institut für Pathologie
 Würselen - Aachen GmbH

Ärztelhaus 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

Barcode

Eingang

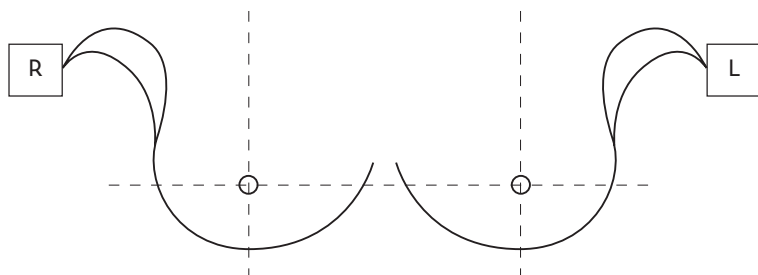
Antrag auf mikroskopische Begutachtung intraoperativer Befund der Mamma

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	S	A	P	Einsendender Arzt (Stempel)	
Schnellschnittdiagnose Felder bitte freilassen			19310		4800
					4802
	Sonst.		19312		4815
					4816
			4852		
Datum/Uhrzeit	STK			4815A3	
Gesprächspartner/Kürzel	IHC				

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

Tumorlokalisationen

bitte auch in Skizze markieren



Rechts Links
 Oben Außen
 Unten Innen
 Zentral
 Sonstige Lokalisationen _____

Klinische Angaben:

Z. n. neoadjuvante Chemotherapie

ja nein

Hauptpräparat

Nr.: _____

BET Reduktion
 Ablatio/Mastektomie (MRM) Wide excision + TEL _____
 Skinsparing Mastektomie (SSM)

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

Markierung Rechts Links

Langer Faden

Cranial

Mittlerer/Doppellanger Faden

Ventral/Retromamillär

Kurzer Faden

Lateral

 Tumor wurde durch Draht markiert**Axilla** Rechts Links

Sentinel LK heiß Präparat Nr.: _____

Sentinel LK kalt Präparat Nr.: _____

LK, Level 1 Präparat Nr.: _____

LK, Level 2 Präparat Nr.: _____

LK, Level 3 Präparat Nr.: _____

Randschnitte 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/FadenMarkierung der Tumor zugewandten Seite