



Untersuchungsanforderung Mamma

Patientendaten	Einsender
Familienname:	Arzt/Ärztin:
Vorname: m/w:	Klinik/Abteilung:
Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:	Tel.Nr.:
AZ / Fallzahl:	Datum: Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse **Behandlung:** stationär ambulant

Art des Untersuchungsmaterials:
 Stanzbiopsie Operationspräparat Schnellschnitt Nativ f. Biobank

OP-Ausgangs-Zeit: ____:____ Uhr

Lokalisation:

Klinische Diagnosen / Fragestellungen / bitte Skizze unten!

Neoadjuvant therapiert (bitte Tumorbett skizzieren) multifokal

Pathologie

Eingangsdatum / -zeit
.....

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Bevorzugt bei Segment: 1 Faden lang mamillär
 2 Faden kurz ventral
 3 Fäden (oder 2 Fäden lang) kontramamillär (peripher) bei ____ Uhr

Nachresektat: Zusätzlich Tupfer zur Wundhöhle und Skizze mit Bezug zum Vorpräparat

