Untersuchungsanforderung (Mamma)

Institut für Pathologie, Auenbruggerplatz 25, 8036 Graz **Vorstand:** Univ.Prof.Dr. G. Höfler

Tel.:0316 385-25115 Fax:0316 385-13432 E-Mail: pathologie@medunigraz.at Medizinische Universität Graz

Familienname:

Vorname:

BARCODE (intern)

Geburtsdatum: ____ Tag ____ Monat _____ Jahr

Geschlecht: ☐ m ☐ w **SV-Nr.:**

☐ stationär
☐ ambulant
☐ Geb.Klasse
Allgemein
☐ Sonder Krankenkasse Aufnahmezahl:
☐ Privat

BARCODE (Pathologie)

Lokalisation:

Untersuchungsmaterial:

☐ Probe-Excision ☐ Operationspr. ☐ Schnellschnitt

Klinische Diagnose: ☐ Neoadjuvante CTX (bitte Herd skizzieren)

Arzt: _____
in BLOCKSCHRIFT

Tel: _____

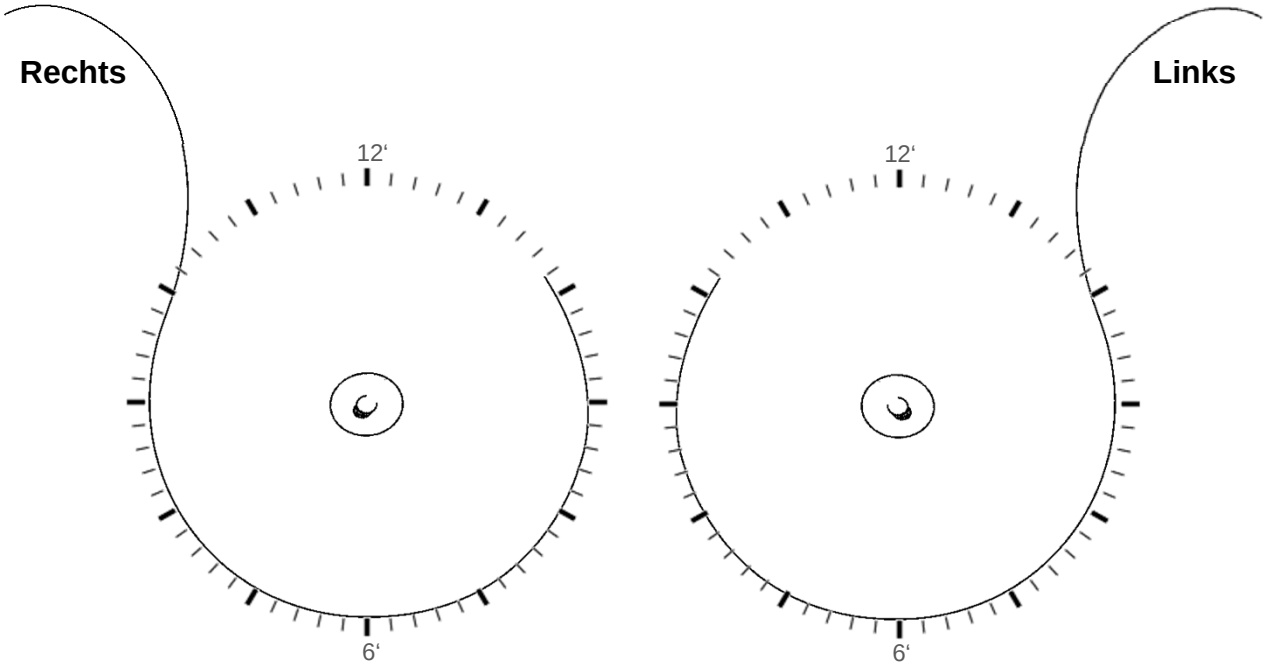
Einsenderstempel

Datum:

Die Verwertung dieses Befundes für wissenschaftliche Publikationen oder Gutachten ist an die Genehmigung des Institutsvorstandes gebunden

Bevorzugt bei Segment: 1 Faden lang
2 Fäden kurz
3 Fäden (oder 2 Fäden lang)

mammillär
ventral
kontramammillär (peripher) bei _____ Uhr

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

Präparattyp: ☐ Segment ☐ Nachresektion ☐ Mastektomie ☐ subcutane Mastektomie ☐ Core Cut ☐ VAB