

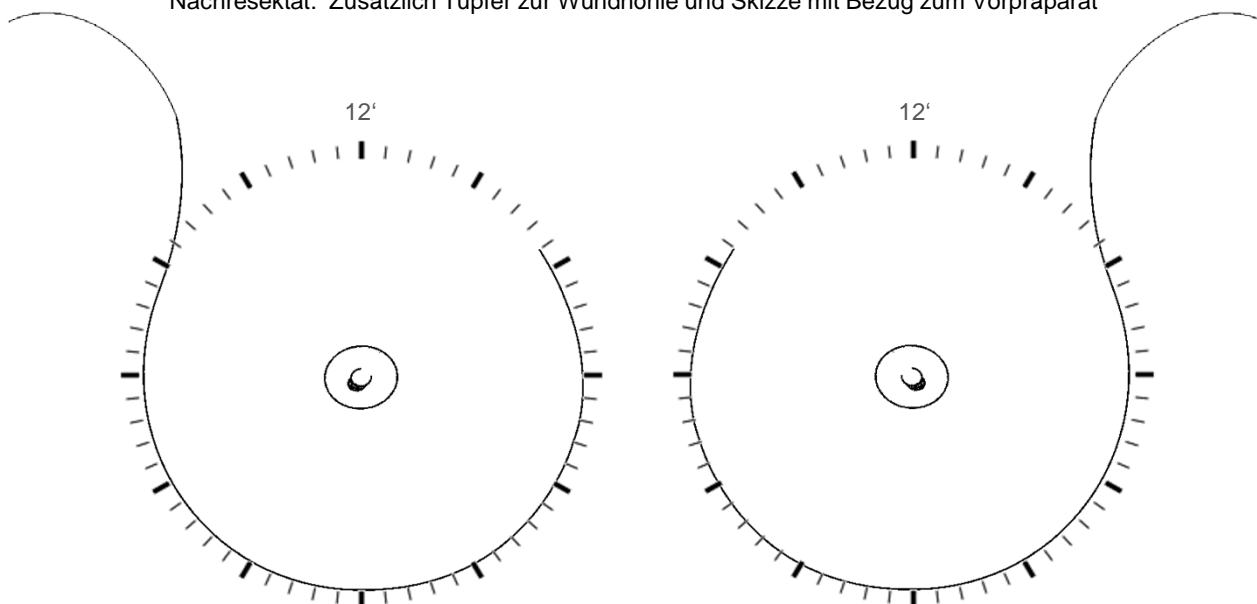
Untersuchungsanforderung Mamma

Patientendaten Familienname: Vorname: m/w: Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.: AZ/Fallzahl:	Einsenderangaben/Stempel Arzt/Ärztin: Klinik/Abteilung: Tel.Nr.: Unterschrift:
Gebührenklasse: <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse	Behandlung: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

Organ Mamma <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts beiUhr Lokalisation Untersuchungs- material: <input type="checkbox"/> Op-Präparat <input type="checkbox"/> Biopsie/Probeexzision <input type="checkbox"/> Nadelbiopsie <input type="checkbox"/> Cürettage/Pipelle <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: Beginn der Fixierung::..... Uhr Bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std. Beginn der warmen Ischämie:..... Uhr / Beginn der kalten Ischämie:..... Uhr	Datum Zeit der Entnahme:.....	Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE E-Nr. BARCODE
Klinische Diagnosen/Fragestellungen: <input type="checkbox"/> Neoadjuvant therapiert (bitte Tumorbett skizzieren) <input type="checkbox"/> multifokal		

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

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



Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden