

Patientendaten

Post

Kapsel

Blöcke

Eingangsnummer



Untersuchungsauftrag zur histologischen/zytologischen Begutachtung

an:

- Pathologisches Institut am Klinikum Fürth
 MVZ gGmbH, Abteilung Pathologie

Leitung PD Dr. med Andreas H. Marx
 Jakob-Henle-Str. 1
 90766 Fürth
 Tel.: 0911 7580 1380
 Fax: 0911 7580 1892
 E-Mail: pathologie@klinikum-fuerth.de

Unterschrift und Stempel des Einsendenden

Datum

Versicherungsstatus:

- GKV (Kasse)
 PKV (Privat) mit Chefarzt
 Wahlleistung ohne Chefarzt
 Private Zusatzversicherung mit Chefarzt

Behandlung

- ambulant
 stationär

Geschlecht

- weiblich
 männlich
 divers

Rechnung an:

- Patient:in
 Einsendenden
 Andere:

Dringlichkeit:

- Schnellschnitt
 eilige Befundung

Rückrufnummer Einsendender:

Gefäß 1: _____

Gefäß 2: _____

Gefäß 3: _____

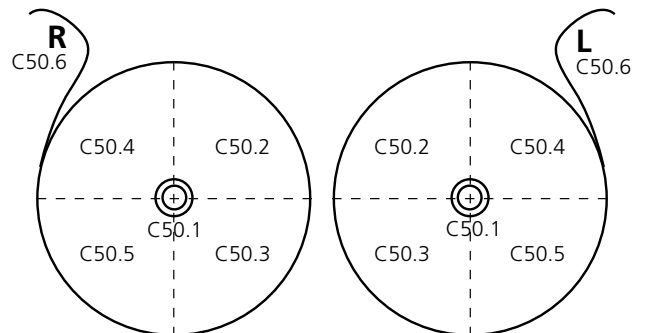
Gefäß 4: _____

Gefäß 5: _____

Nur von der Pathologie auszufüllen:

restlos: ja nein

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Topografische Markierungen:

Klinisch-radiologischer Befund:

Mikrokalk ja nein

BI-RADS 1 2 3 4a 4b 5

Weitere Angaben (z. B. Hautbefund, Vorbehandlung, Fernmetastasen, Vorbefund, e.m. etc.):

Postoperativ: R0 R2 (lokal) R2 (Fernmetastasen)

Herddurchmesser (mm): _____

Radiogramm anbei: ja nein

Art der Probe:

Hochgeschwindigkeitsstanze

Diagnostisches Exzidat/offene Biopsie

Segmentresektat/Lumpektomie

Axilläre Lymphknoten:

Immunhistologie: Hormonrez. Her2

Vakuumbiopsie

Markierungsdraht:

Mastektomie

rechts links SLN Level I Level II Level III sonstige:

sonstige: _____

Zahl der Zylinder: _____

ja nein