

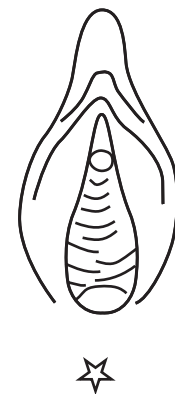
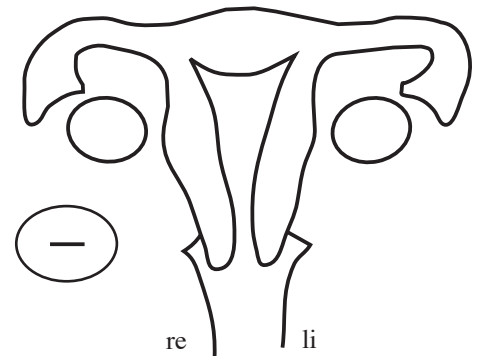
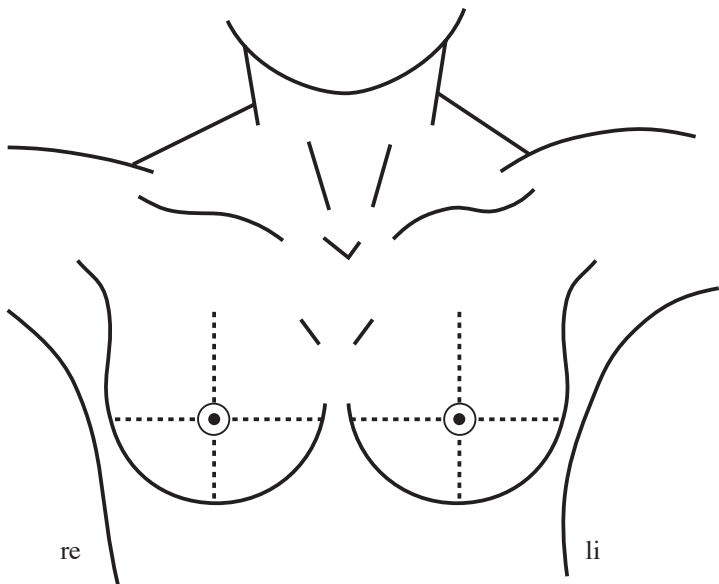
Adressette/Patientendaten:			<b>Pathologie Ansbach</b>		91522 Ansbach, Escherichstr. 6 <b>F</b>
			Dr. med. Ronald Berndt Dr. med. Harald Schreiber und Partner		Telefon: (09 81) 4 88 83-0 Telefax: (09 81) 4 88 83-10 E-mail: info@patho-ansbach.de Internet: www.patho-ansbach.de
Name des Versicherten	Vorname	geb. am	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär		Notizen für Histo-Labor:
			<b>Rechnung an:</b>		
Name des Patienten	Vorname	geb. am	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Patient (privat) <input type="checkbox"/> Krankenkasse (Überweisungsschein)		
PLZ	Wohnort	Straße			

Schnellschnitt; Telefon:

### Klinische Angaben / Fragestellung

**Letzte Regel:**

**Hormontherapie:**



- solider Knoten
- Zyste
- Mikro-Kalk

**Markierung**

langer Faden: mamillär  
 2 lange Fäden: peripher (genau in der radiären Achse des Präparats)  
 kurzer Faden: ventral  
*Bitte Entnahmestelle und Achse (mamillär-peripher) einzeichnen*

Bis auf Faszie operiert

**ENTNAHMETECHNIK:**

- Exstirpation
- Teilexzision/PE
- Stanzbiopsie
- Vakuumstanzbiopsien
- Punktion
- Abklatschpräparat
- Entfernung im Gesunden

Datum \_\_\_\_\_ Einsender/Abt. \_\_\_\_\_ Name (Druckschrift) für evtl. Rückfragen \_\_\_\_\_

## Für große onkologische Operationen

	Untersuchungsgut/Lokalisation	Ergänzung
<input type="checkbox"/>	I Tumorblock (Blasen- und Becken-peritoneum, Inneres Genitale)	
<input type="checkbox"/>	II Ligamentum falciforme	
<input type="checkbox"/>	III Suprakolisches Netz	
<input type="checkbox"/>	IV Lymphknoten re. Becken	
<input type="checkbox"/>	V Lymphknoten li. Becken	
<input type="checkbox"/>	VI re. ovarieller Gefäßstiel	
<input type="checkbox"/>	VII paracavale Lymphknoten	
<input type="checkbox"/>	VIII interaorto-cavale Lymphknoten	
<input type="checkbox"/>	IX li. ovarieller Gefäßstiel	
<input type="checkbox"/>	X paraaortale Lymphknoten	
<input type="checkbox"/>	XI Appendix	
<input type="checkbox"/>	XII Bauchfell Unter-, Mittel-, Oberbauch, Zwerchfell re.	
<input type="checkbox"/>	XIII Bauchfell Unter-, Mittel-, Oberbauch, Zwerchfell li.	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Bemerkungen: