

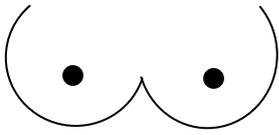
# UNTERSUCHUNGSANTRAG FÜR GYNÄKOLOGISCHE PRÄPARATE

Einsendender Arzt (Stempel)

**An die Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Olaf Holotiuk**  
**Dr. med. Barbara Zuber**  
**Dr. med. Steffen Kellermann**  
**Fachärzte für Pathologie**  
**Industriestr. 37**  
**01129 Dresden**  
**Tel: 8589985 Fax: 8589986**

Dresden, den

- (1) Bitte beachten, daß Numerierung mit Beschriftung der Versandbehälter übereinstimmt !**  
**(2) OP-Präparate von Karzinomen : Bitte Rückseite benutzen !**

Lfd- Nr.	Untersuchungsgut	Bitte ankreuzen	Lfd- Nr.	Untersuchungsgut	Bitte ankreuzen
<b>ABRADAT</b> ..... Zervix und Korpus zusammen <input type="checkbox"/> ..... Zervix getrennt <input type="checkbox"/> ..... Korpus getrennt <input type="checkbox"/> ..... Zervixpolyp <input type="checkbox"/> ..... Korpuspolyp <input type="checkbox"/> ..... Abort / Spontanabgang <input type="checkbox"/> ..... Abruptio graviditatis <input type="checkbox"/> ..... Strichabradat (Funktionsdiagnostik) <input type="checkbox"/>			<b>OP-PRÄPARAT ADNEXE</b> ..... PE linkes Ovar <input type="checkbox"/> ..... PE rechtes Ovar <input type="checkbox"/> ..... Linkes Ovar <input type="checkbox"/> ..... Rechtes Ovar <input type="checkbox"/> ..... Linke Tube <input type="checkbox"/> ..... Rechte Tube <input type="checkbox"/> ..... Linke Adnexe <input type="checkbox"/> ..... Rechte Adnexe <input type="checkbox"/>		
<b>OP-PRÄPARAT PORTIO</b> ..... Portio bei ..... Uhr <input type="checkbox"/> ..... Konus (Spitze fadenmarkiert) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Elektrokonus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scharfer Konus <input type="checkbox"/>			<b>OP-PRÄPARAT VULVA / VAGINA</b> ..... Vulva (Wo ?) <input type="checkbox"/> ..... Vagina (Wo ?) <input type="checkbox"/>  <b>MAMMA-PE</b> ..... Entnahmeort siehe Skizze <input type="checkbox"/> ..... Entnahmeort siehe Skizze <input type="checkbox"/> ..... Entnahmeort siehe Skizze <input type="checkbox"/>		
<b>OP-PRÄPARAT UTERUS</b> ..... Uterus myomatosus <input type="checkbox"/> ..... Uterus bei Descensus <input type="checkbox"/> ..... Uterus bei ..... <input type="checkbox"/> mit li. / re. / beiden Adnexen <input type="checkbox"/>					

## KLINISCHE ANGABEN (DIAGNOSE)

Letzte Regelblutung ?

**Schon früher histologisch untersucht ?**  
**Wenn ja : Wo ? Wann ? Befundnummer ?**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Achtung:** Gewebeproben (außer Schnellschnitte) müssen in 4%ig gepuffertem Formalin aufbewahrt werden.  
 Gefäße bitte immer fest verschließen!

# Pathologie