

UNTERSUCHUNGSANTRAG FÜR MAMMA-TUMOREN

vom Operateur auszufüllen

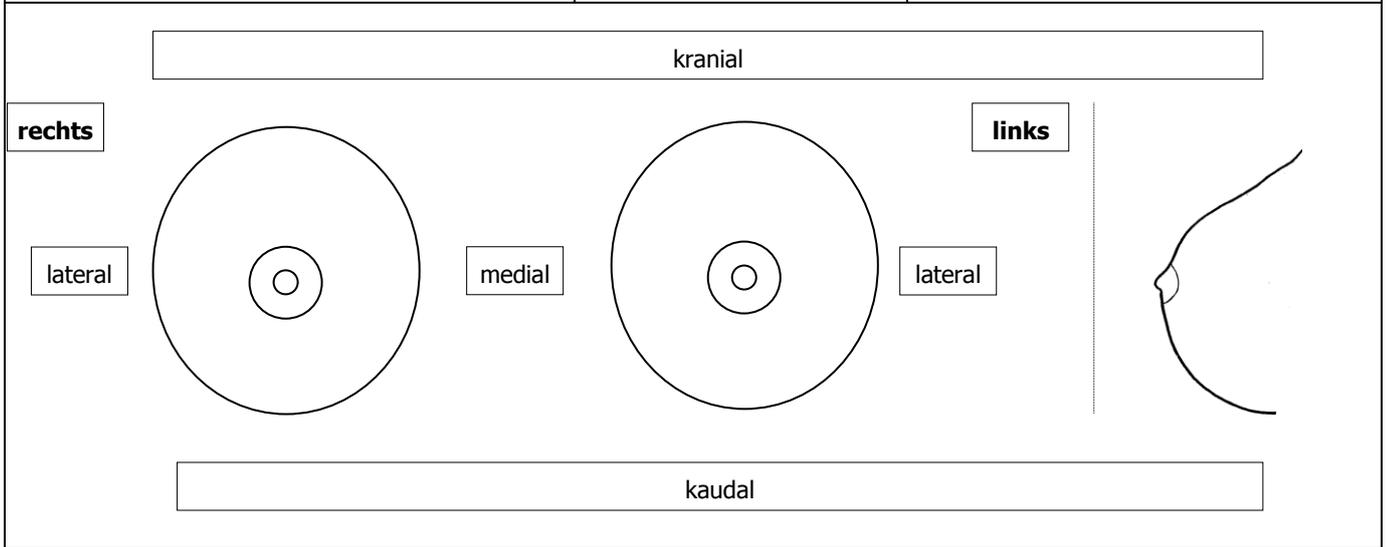
Einsendender Arzt (Stempel)

**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**

Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum

Entnahmeort (bitte in Skizzen eintragen):

Dresden, den



vom Operateur auszufüllen

KLINISCHE/ ANAMNESTISCHE ANGABEN / DIAGNOSE

1. Lokalisation:

- linke Brust rechte Brust

2. Topografie:

- C 50.0 Mamille C 50.1 zentraler Anteil
 C 50.2 innerer oberer Quadrant C 50.4 äußerer oberer Quadrant
 C 50.3 innerer unterer Quadrant C 50.5 äußerer unterer Quadrant
 C 50.6 axillärer Anteil

3. OP-Präparat auf schematischer Zeichnung mit in-situ-Lage

- nein ja

4. Klinisch tastbare Läsion

- nein ja

Radiologische Befunde

- Herdbefund
 Mikrokalk
 anderer Befund

BI-RADS Kategorie 1 2 3 4 5

Praxis:**Mammographie-Aufnahme am Untersuchungsantrag**

- nein ja

Operations-Präparat

- Biopsie axilläre Lymphknoten
 DE andere Lymphknoten
 Ablatio Sentinel-Lymphknoten
 anderes Präparat

Schnellschnittuntersuchung gewünscht

- nein ja Tel.-Nr.: _____

SCHNELLSCHNITT

Von der Pathologie auszufüllen

Abgeschickt: _____ Uhr

Übergeben: _____ Uhr

von:

Übermittelt: _____ Uhr

an:

von:

Diagnose:

VORBEFUNDE (bitte ausfüllen, soweit bekannt)

Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Befund:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Eventuelle weitere Angaben

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

Datum

Unterschrift des Arztes