



Antrag auf histologische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Anlauf · Dr. med. I. Boeck · Dr. med. Ch. Dierkes
Dr. med. R. Eschmann · Prof. Dr. med. L. Fink · Dr. med. Dipl. hum. biol. U. Stahl
Dr. med. F. Steinmüller · Prof. Dr. med. A. Warth

35331 Gießen, PF 100112, Tel.: 0641/67432, Fax: 0641/67431
35532 Wetzlar, PF 2240, Tel.: 06441/76510, Fax: 06441/77199
65536 Limburg, PF 1663, Tel.: 06431/93960, Fax: 06431/23304
36229 Bad Hersfeld, PF 1906, Tel.: 06621/88921422, Fax: 06621/881407

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| BSNR | LANR | Datum |
| Ambulant <input type="checkbox"/> | Stat. <input type="checkbox"/> | Privat (Wahlleistung Arzt) <input type="checkbox"/> |

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

- ASV AOP (88115)
 Abklärungskolposkopie

Gynäkolog. Befund:

Zyklus: regelmäßig/unregelmäßig
letzte Regel:
hormonell vorbehandelt:
Ov. Hemmer:
Zytolog.-Gruppe:

Bitte 4-10% Formalin benutzen

Kassenarztstempel / Unterschrift des überw. Arztes, Datum

BEI MAMMA-EINGRIFFEN ODER OP - Siehe Rückseite

GYNÄKOPATHOLOGIE

Art und Entnahmestelle des Materials: _____

Vorbegutachtung? Nr.: _____

Anamnese, klinische Befunde, Fragestellung: _____

Abklärungskolposkopie _____

PAP-Gruppe _____ HPV-Typ _____

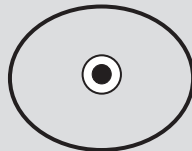
Interne Qualitätskontrolle

| Annahme | Zuschnitt | Einpack. | Ausbett. | Kassette | Schneiden | Aufz. | Farben | Abgabe |
|---------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-------|--------|--------|
| | | | | | | | | |

Stanzbiopsien und Exzisate: Entnahmestelle skizzieren; Mastektomien: Tumorlokalisierung

Rechts

lateral

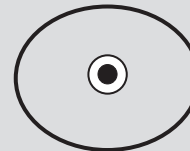


kranial

kaudal

Links

medial



kranial

kaudal

Topographische Markierungen:

1: _____

2: _____

3: _____

Entfernung in einem Stück:

ja nein

wenn nein:

Wieviel Nachresekte: _____

Klinisch-radiologischer Befund:

Herdbefund palpabel ja nein

Mikrokalk ja nein; Präparateradiographie beigelegt: ja nein

Weitere Angaben (z. B. Hautbef.; neoadjuvante Chemoth. geplant/durchgeführt, Vorbef.): _____

Art der Probe:

Hochgeschwindigkeitsstanze oder Vakuumstanzbiopsie; Zahl der Stanzzyylinder: _____

Steuerung mittels Mammographie; Sonographie MRT

Diagnostisches Exzizat/offene Biopsie

Lokalisation mit Markierungsdraht ja nein

Steuerung mittels Mammographie Sonographie MRT;

Segmentresektat/Lumpektomiepräparat

Mastektomiepräparat

Axilläres Lymphknotendissektat rechts links; Level: _____

Sonstige; welche: _____