

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum

# Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekularpathologie Wiesbaden

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann  
 PD Dr. med. Christoph Renné  
 PD Dr. med. Klaus Willenbrock  
 Dr. med. Sonja Stallmann\*  
 Dr. med. Susann Trouet\*  
 Dr. med. Britta Walter\*  
\*angestellte Ärztinnen

Gemeinschaftspraxis Pathologie  
 Ludwig-Erhard-Str. 100  
 65199 Wiesbaden  
 Tel.: 0611 424010  
 Fax: 0611 429830  
 info@wiesbaden-patho.de  
 www.wiesbaden-patho.de

- KV       Stationär       Privat  
 ASV       AOP 88115       Screening



Interner Barcode

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)

## Untersuchungsauftrag

**Mamma**

**EILT**

### Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Rechts <input type="checkbox"/>	Kranial  Lateral  Kaudal		Medial	Medial		Kranial  Lateral  Kaudal	Links <input type="checkbox"/>
<u>Präparat</u> Stanze / Vakuumb. <input type="checkbox"/> Segment <input type="checkbox"/> Mastektomie <input type="checkbox"/>		<u>Anzahl</u>		<u>Gesteuerte Bildgebung</u> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/>		<u>Sonstige Befunde</u> Peau d'orange <input type="checkbox"/> Palpabler Befund <input type="checkbox"/> Ulzeration <input type="checkbox"/>	
<u>Kalk</u> Mikrokalk <input type="checkbox"/> Präparateradiogr. <input type="checkbox"/>		<u>Lymphknoten</u> Rechts <input type="checkbox"/> Level: I <input type="checkbox"/> Sentinel <input type="checkbox"/>		Links <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<u>Z.n. Therapie</u> Endokrine Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/>	
1) _____ _____		<u>Weitere Angaben:</u>					
2) _____ _____							
3) _____ _____							
Datum, Unterschrift				Nachrichtlich an:			