

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ KV | ☐ Stationär | ☐ Privat |
| ☐ ASV | ☐ AOP 88115 | ☐ Vorsorge |

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)



**Zentrum für Histologie, Zytologie
und Molekularpathologie
Wiesbaden**

Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

T +49 (0)611 424018
F +49 (0)611 42983

info@wiesbaden-patho.de
wiesbaden-patho.de

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
Priv. Doz. Dr. med. Christoph Renné
Priv. Doz. Dr. med. Klaus Willenbrock

Dr. med. Sonja Stallmann*
Dr. med. Susan Trouet*
Dr. med. Britta Walter*

* angestellte Ärztinnen



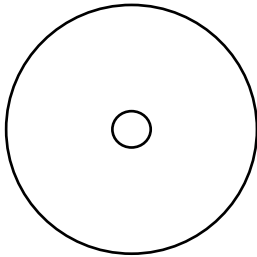
Interner Barcode

Untersuchungsauftrag Mamma

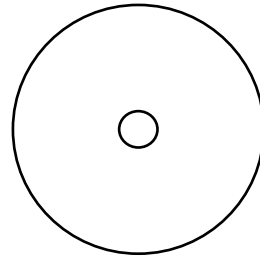
☐ **Befund eilt**

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

☐ **Rechts**



☐ **Links**



Präparat

- ☐ Stanze / Vakuum
☐ Segment
☐ Mastektomie

Anzahl

Gesteuerte Bildgebung

- ☐ Mammographie
☐ Sonographie
☐ MRT

Sonstige Befunde

- ☐ Peau d'orange
☐ Palpabler Befund
☐ Ulzeration

Kalk

- ☐ Mikrokalk
☐ Präparateradiogr.

Lymphknoten

- ☐ Rechts ☐ Links
☐ Level: ☐ I ☐ II
☐ Sentinel

Z.n. Therapie

- ☐ Endokrine Therapie
☐ Chemotherapie

1)

2)

3)

Weitere Angaben:

Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an