

| | |
|--|--|
| Institut für Pathologie Telefonnr. 07031 / 668-22588 MVZ Böblingen | Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping |
|--|--|

Einsenderadresse

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

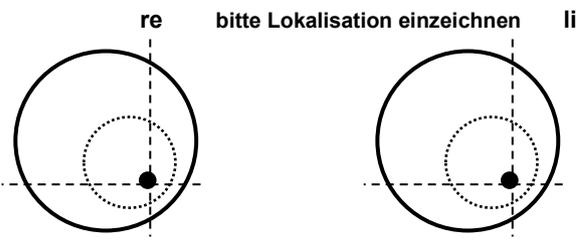
<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

| | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| Ambulant <input type="checkbox"/> Ü-Schein | <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> AOP |
| | <input type="checkbox"/> IGEL | <input type="checkbox"/> ASV |
| Stationär <input type="checkbox"/> Kasse | <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> IGEL |

Art des übersandten Materials

| | |
|------------------------------------|--|
| MAMMA <input type="checkbox"/> re | <input type="checkbox"/> Stanze |
| <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> PE |
| | <input type="checkbox"/> Segmentres. |
| | <input type="checkbox"/> Abladat |
| | |
| AXILLA <input type="checkbox"/> re | <input type="checkbox"/> SN-LK |
| <input type="checkbox"/> li | <input type="checkbox"/> Axillausräumung |



Anderes Material

Klinische Diagnose / Fragestellung

Entnahmedatum:

| | |
|--|---|
| Letzte Regel Menopause <input type="checkbox"/> | Vorbefunde/ Graduierung Vorbehandlung |
| Hormonbehandlung <input type="checkbox"/> | Chemotherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

SCHNELLSCHNITT ja nein

Einsendender Arzt / Ärztin: _____

Datum/Unterschrift: _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____