

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.>

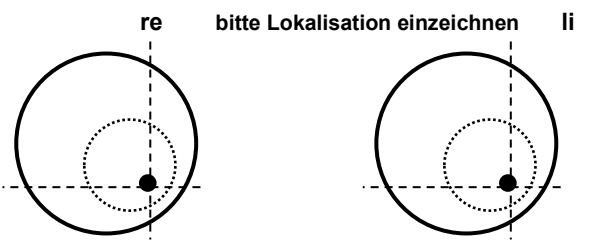
<PLZ> < Ort >

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 Chemotherapie ja nein

SCHNELLSCHNITT ja nein

Einsendender Arzt / Ärztin: _____ **Datum/Unterschrift:** _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____