

Histologie Mamma

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J

Geschlecht

M	W

Bitte freilassen

Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

Rechnung an:	Versicherungsdetails:	Anmeldung an Labor ist erfolgt Telefon +41 71 494 21 12	
<input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Intraoperativer Schnellschnitt Tel.:	Kontakt: <input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.:

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: <hr/> <hr/>	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere:
Fragestellung:	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

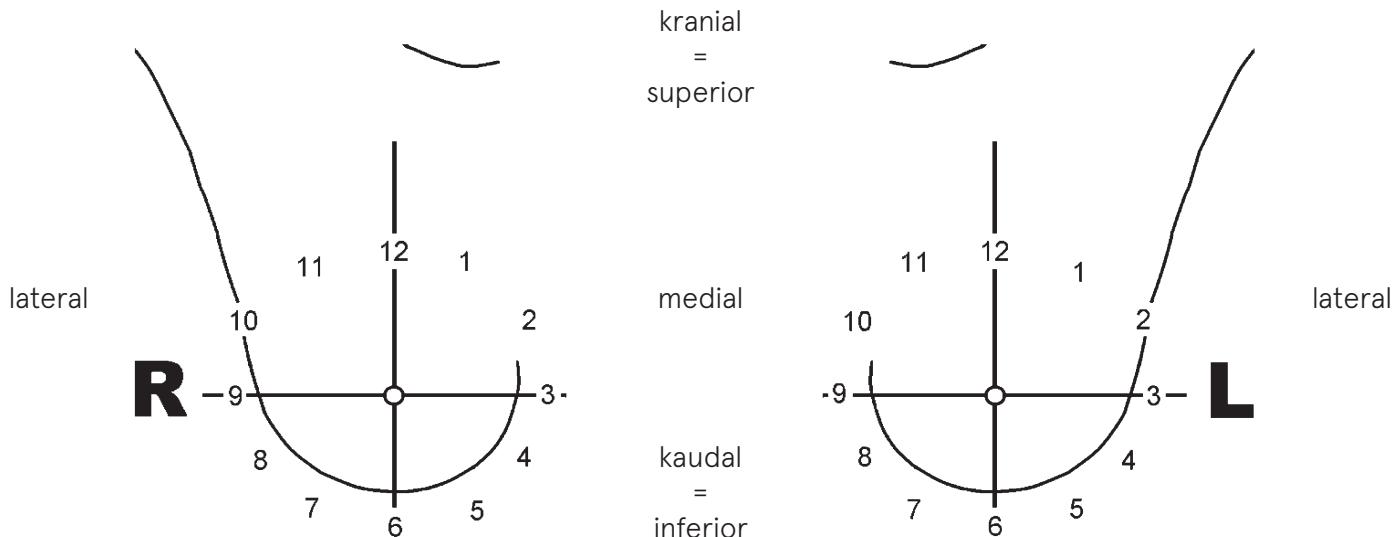
Lokalisation:	Art des Materials:
1)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie
2)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie
3)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie
4)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie
5)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie
6)	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzisat <input type="checkbox"/> Ektomie

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Bitte Situationszeichnung auf Rückseite!

Bitte Mammogramme, Präparateradiogramme beilegen.



Grösse des Befundes: _____ mm.

Bitte zeichnen Sie die Anomalien auf der obigen Skizze ein.

Biopsie	
<input type="checkbox"/> Stereotaktisch (Gauge): _____	<input type="checkbox"/> Sonografisch gesteuert
<input type="checkbox"/> Vacumbiopsie (Gauge): _____	<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie (Gauge): _____
<input type="checkbox"/> Mammotom (Gauge): _____	<input type="checkbox"/>

Bitte immer Markierung der Orientierungsrichtung durch Klinik

mammillen nah = **2 kurze Fäden** =

anterior zur Haut hin = **2 lange Fäden** =

(kann bei anhaftender Hautspindel weggelassen werden)

bei 12 Uhr = **1 langer Faden** =

Faszie dorsal miterfasst? ja nein

Pektoralmusmuskulatur miterfasst? ja nein

----- wird durch Pathologie ausfüllt -----	
Abstände der Resektionsränder	
cranial	=
kaudal	=
lateral	=
medial	=
ventral	=
dorsal	=
mammillen nah	=
mammillen fern	=