

Histologie Mamma

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

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

Kopie(n) an:

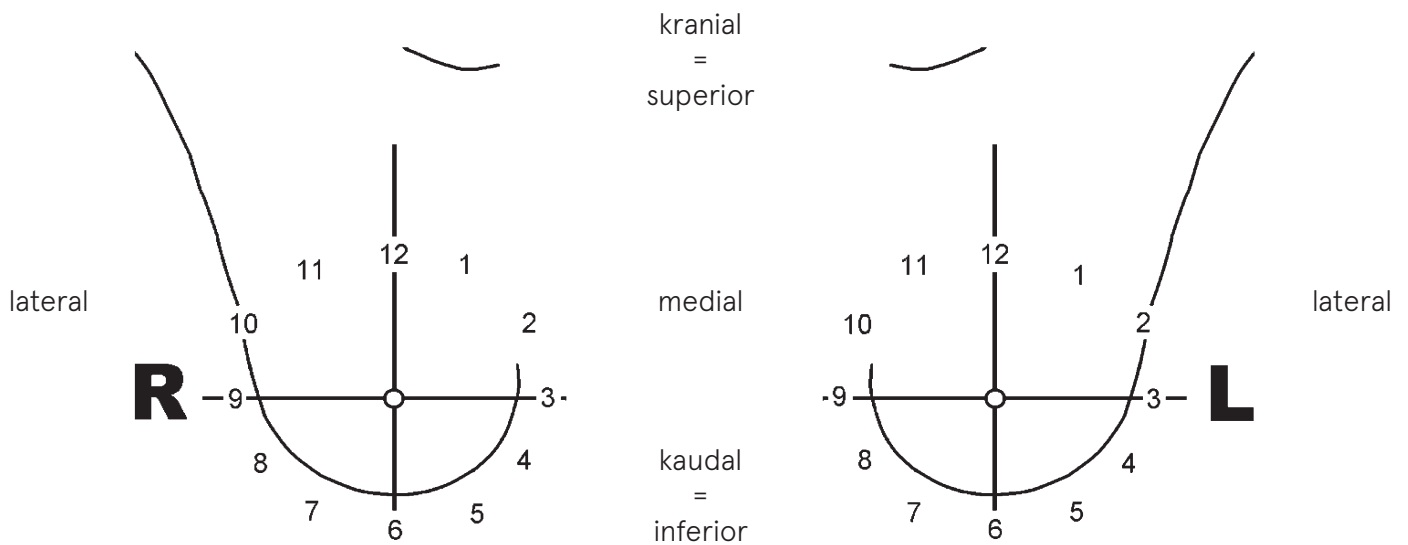
Klinische Angaben: 	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: 	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Lokalisation: 1) _____	Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
2) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
3) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
4) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
5) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <input type="checkbox"/> Ektomie
6) _____	<input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat/Exzizat <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"/> Vacuumbiopsie (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 ☐

Pektoralismuskulatur miterfasst? ja ☐ nein ☐

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