

# Begleitschein zur Einsendung von Mammabiopsien

Institut für Pathologie des  
Evangelischen Krankenhauses Oberhausen GmbH  
Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel  
Virchowstraße 20 · 46047 Oberhausen · Tel. 0208 881-3150

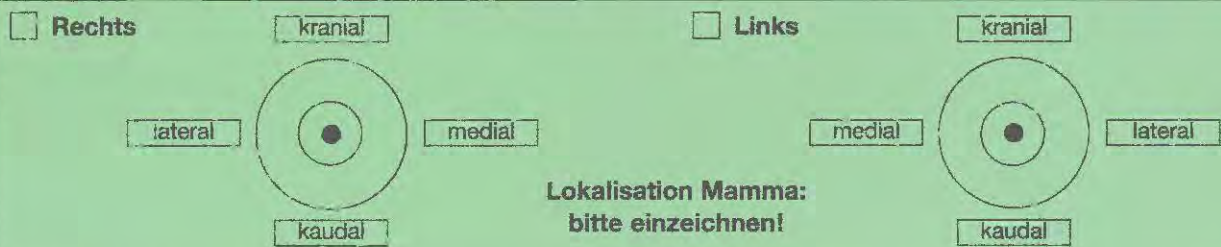
Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. _____						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vortragsärztl.-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Amb. <input type="checkbox"/>	Wahlleistung <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	Überweisungsschein bitte beifügen.		
Stat. <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>			

Einsender: \_\_\_\_\_

**Klin. Angaben:**  externer Vorbefund  MSE  mehrherdiger Befund  
 Z. n. neoadjuvanter Therapie Tu-Größe (prätherapeutisch): \_\_\_\_\_ cm



**Material:**

1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_  
 4 \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> HSCC	<input type="checkbox"/> FNA	Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> Vakuumbstanziopsie	Topographische Markierungen: <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Abweichend _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Exzizat/offene Biopsie	<input type="checkbox"/> Mastektomie	Markierung:	<input type="checkbox"/> Thoraxwandexc.	
<input type="checkbox"/> Axilläre Lymphknoten	<input type="checkbox"/> SN Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Draht <input type="checkbox"/> Clip	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li	
<input type="checkbox"/> IHC	<input type="checkbox"/> Ki-67			

**Klinisch-radiologischer Befund:**  
 Herdbefund palpabel  Mikrokalk  Präparateradiographie

Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_