

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis



Anschrift:

(Bei Privatpatient*innen)

Mamma-Histologie

(Einsendeschein mit dem Auftrag einer pathologischen Untersuchung)

Kostenträger: _____

Ambulant

Stationär

Wahlleistung: nein ja

(Überweisungsschein beifügen)

Infektiös: nein ja: _____

Hauptpräparat: Nr. _____

Mastektomie

Teilresektat

Segmentresektat

Weitere Präparate:

Nr. _____

Nr. _____

Nr. _____

Nr. _____

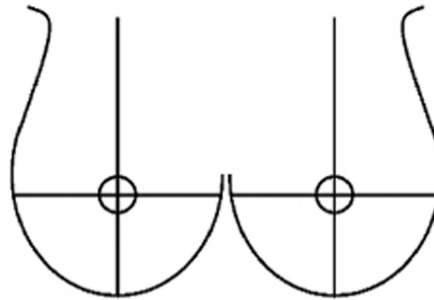
Nr. _____

Nr. _____

Nr. _____

Nr. _____

Bitte einzeichnen!



Rechts

Links

Quadranten: O/I O/A

Zentral U/I U/A

Fadenmarkierung:

Standard:

lang – lateral, kurz – kranial,
kurz-lang / Haut ventral

Andere:

Clip

Klinische Fragestellung:

Prädiktive/Progn. Marker:

Rezeptoren, MIB-1

Anderes: _____

Anamnese / ext. Vorbefunde (Kopie beifügen!)

Neoadjuvante Therapie:

Chemo(radio)therapie

Endokrine Induktion

Keine

TU-Größe vor Therapie:

Datum _____

ärztliche Unterschrift und Stempel _____

Telefon / Piepser _____

Wird von der Pathologie ausgefüllt!

Abrechnung

Anzahl	Gebührenziffer
	4800
	4802
	4815
	4816
	5

Festgestellt:

Aufgerechnet bei:

Journal-Nr.:



60227803 ForManFR / 07.02.2025