

# Untersuchungsauftrag für Mammagewebe

Dr. med. B. Bier <sup>2</sup> MIAC  
Priv. Doz. Dr. med. E. Eitze <sup>1</sup> MIAC  
I. Glavinsky \*  
Dr. med. C. Heinrich \*  
Prof. Dr. med. W. Püschel \*  
<sup>1</sup> Ärztliche Leiterin | <sup>2</sup> Stellvertretender ärztlicher Leiter  
\* Ärzte im Anstellungsverhältnis

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum.....

Anzahl der Probengefäße  (bitte angeben!)

Vorbefunde (H-Nr.).....

Diagnose .....

.....

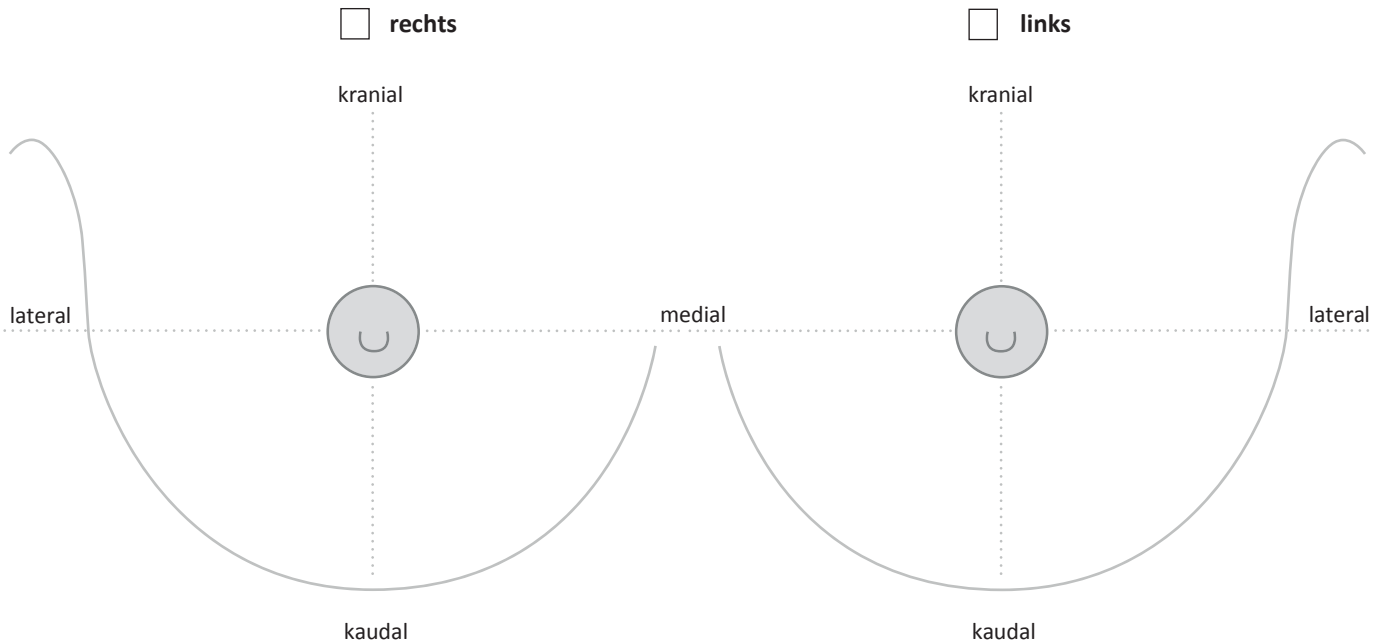
.....

Hauptpräparat (bitte einzeichnen!)

**Bitte unbedingt ankreuzen!**

<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Kasse</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ambulante OP</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Privat</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/>		

<b>Materialannahme</b>	<input type="text"/>
<b>Zuschneide-Ass.</b>	<input type="text"/>
<b>Ausgabe</b>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



**Fadenmarkierung**  
2x kurz = ventral  
1x lang = peripher  
doppelt-lang = mamillär

**Klammern**  
[] = peripher  
[][] = mamillär

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)

Weitere Angaben siehe Rückseite

**Art der Probe**

- Stanzzylinder / Lokalisation .....Anzahl.....
- Stanzzylinder / Lokalisation .....Anzahl.....
- Stanzzylinder / Lokalisation .....Anzahl.....
- Diagnostisches Exzizat
- Segmentresektat
- Mastektomie  hautsparend  subcutan
- Sentinel-LK / Anzahl.....
  
- Axilläres Lymphknotendissektat  rechts  links  Level I  Level II  Level III
- Sonstige .....

**Klinische Angaben**

- Primär-Tumor  Rezidiv  Rezeptorbestimmung erwünscht
- Klinik cT.....cN.....cM..... BI-RADS-Klassifikation .....

- DCIS bekannt  ja  nein
- Mikrokalk  ja  nein **Bei Mikrokalk Präparateradiogramm erforderlich!**

- Herd  solitär  multifokal  multizentrisch  bilateral
- Haut  Ödem  Rötung  Ulceration
- Neoadjuvante Therapie  ja  nein Tumor-Größe vor Therapie.....

**Nachresektat (bitte auf Vorderseite einzeichnen)**

- Lokalisation .....Anzahl.....
- .....
- .....
- .....

<p><b>Daten für Abrechnung (bitte nicht ausfüllen!)</b></p> <p><b>Zuschnitt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> aufwend. Zuschnitt</li> <li><input type="checkbox"/> Tusche</li> <li><input type="checkbox"/> Sägen</li> <li><input type="checkbox"/> Makrofoto</li> <li><input type="checkbox"/> Zellblock / Gerinnsel</li> <li><input type="checkbox"/> Schnellschnitt</li> </ul> <p><b>Sonstige:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tel. Befunderörterung</li> <li><input type="checkbox"/> Tumorkonferenz</li> </ul>	<p><b>Mikroskopie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Materialien</li> <li><input type="checkbox"/> Stufen</li> <li><input type="checkbox"/> Histochemie</li> <li><input type="checkbox"/> Entkalkung</li> <li><input type="checkbox"/> Polarisation</li> <li><input type="checkbox"/> Morphometrie / Mitosen</li> <li><input type="checkbox"/> Vorsorge</li> <li><input type="checkbox"/> Zytologie</li> <li><input type="checkbox"/> Lymphknoten</li> <li><input type="checkbox"/> Sent. LK</li> </ul>
<p><b>Immunhistologie:</b></p>	<p><b>Molekularpathologie:</b></p>
<p>Stichwortartige Begründung für erhöhten Faktor:</p>	