

Antrag auf pathohistologische Befundung und Begutachtung

Patientendaten:

Name:

Kostenträger:

Vorname:

Selbstzahler ja / nein

Geb.-Dat.:

Station:

Adresse:

ambulant:

OP-Bereich:

Klin. Angaben:

Diagnostik Birads: ____

- Zyste Herdbefund Mikrokalk Architekturstörung
 Punktat Stanze VSB MR-VSB

Therapie

- __ Z.n. PST
__ Segment __ Mastektomie __ Drittelresektat __ Excisionsbiopsie
__ Sentinel Node __ Axilla Level I __ Axilla Level II
__ Nachresektat:

Markierung : **üblich** (kutan – kurz, mammilär – mittel, peripher – lang)

ventral:..... dorsal:..... kranial:..... kaudal:.....

medial:..... lateral:.....

Tumorhöhle (Nachresektat)

Schnellschnitt: Tel: _____

uPA/PAI-1

