

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt			VK gültig bis		Datum	

# Untersuchungsantrag - Mamma/Axilla -

## Institut für Pathologie MVZ Klinikum Kulmbach

Albert-Schweitzer-Str. 10  
95326 Kulmbach  
Telefon: 09221 98-2801 Sekretariat  
09221 98-2806/2807/2808 Befundabfrage  
Telefax: 09221 98-2809  
pathologie@klinikum-kulmbach.de

<b>Zutreffendes unbedingt ankreuzen</b>			M	F	R
KVB I-II	Post B	BG			
ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistung			
<p>..... Datum/Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes</p>					

**Prof. Dr. med. univ.  
Andreas Gschwendtner**  
Facharzt für Pathologie, Leitender Arzt

**Antje Kalbitz**  
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

**Dr. med. Emily Neining**  
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

<b>Histologische Voruntersuchung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   Nr.:		<b>Befund nachrichtlich an:</b>	
<b>Untersuchungsmaterial nach Art und Lokalisation: (Rückseite → )</b>			
<b>Klinische Diagnose:</b>			
<b>Klinische Angaben und Fragestellungen:</b>		<input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> M0	<input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> M1 _____
<b>Zusammenfassung auswärtige Histologie:</b>			

# Lokalisation und Markierung

## Art des Materials:

- Stanze
- Mamma-PE
- Segmentresektat
- subkutanes Mastektomiepräparat
- Abladat
- \_\_\_\_\_

- Sentinel-Lymphknoten
- Axilla-Lymphknoten
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

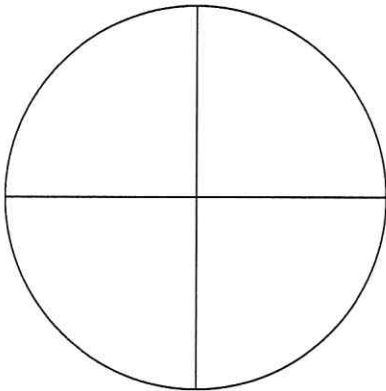
Anzahl der (fraglichen) Karzinomherde: \_\_\_\_\_

Durchmesser und Lokalisation **aller** Herde: \_\_\_\_\_

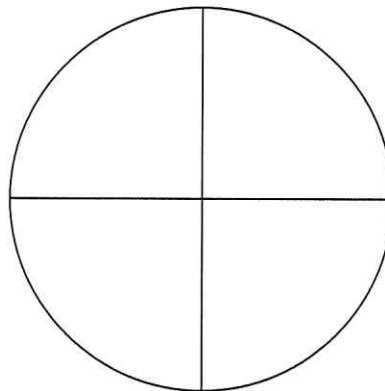
Durchmesser prätherapeutisch (falls NACT): \_\_\_\_\_

Bitte Operationspräparat und Tumorlokalisierung skizzieren:

rechts



links



## Klammermarkierung:

- 1 Klammer =
- 2 Klammern =
- 3 Klammern =
- 4 Klammern =

## Nachresektate:

---

---

---

---