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

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung Quartal ☐ ☐☐

☐ Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 T T M M J J Geschlecht W M

Überweisung an

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsiliar-untersuchung ☐ Mit-/Weiter-behandlung AU bis T T M M J J

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Diagnose / Verdacht

Zentrum für Histopathologie

Unritzstraße 21d, 09117 Chemnitz
Tel.: 0371 / 83 29 300, Fax: 0371 / 83 29 304

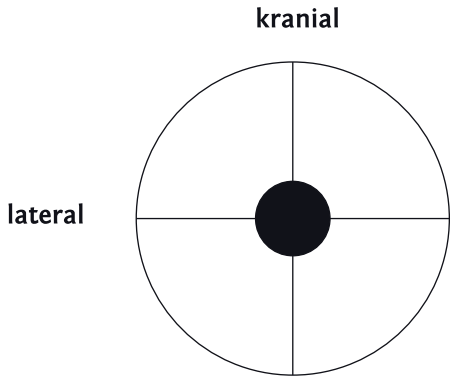
Eingangs-Nr. (Pathologie)

Eingangsdatum:

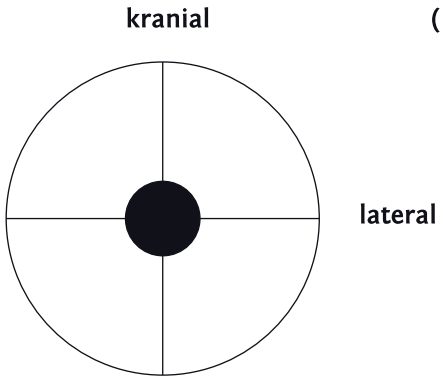
Histologische Untersuchung von Stanz- bzw. Vakuumsaugbioptaten der Brustdrüse

Lokalisation:

( ) Rechts



( ) Links



Radiologische Befunde:

Herdbefund ☐ Architekturstörung ☐ Mikrokalk ☐

BI-RADS
I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐

Klinisch / radiologische Diagnose:

Stanzbiopsie ☐ Vakuumsaugbiopsie ☐

Anzahl der Zylinder:

HER 2-neu Bestimmung ja ☐ nein ☐

Rückruf erbeten: ja: ☐ Tel.-Nr.: _____

Ort, Datum:

Praxisstempel / Unterschrift