

Name, Vorname, Ledigenname (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           Geburtsdatum            T T M M J J  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">           Geschlecht            M W  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

## Histologie Mamma

**Frühere Untersuchungen** (Nr./Jahr)  
 (histologisch und zytologisch)

---

allg. Abt. <input type="checkbox"/>	Patient <input type="checkbox"/>	Rechnung an:	Vers.-Adresse.: _____ Vers.-Nr.: _____
priv. Abt. <input type="checkbox"/>	Kr. K. <input type="checkbox"/>	Arzt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Bericht per Telefon</b> Nr.: _____
amb. allg. <input type="checkbox"/>	priv. Vers. <input type="checkbox"/>	EMV/SUVA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Bericht per Fax</b> Nr.: _____

Kopie(n) an:

Klinische Angaben/Krankheitsangaben/Therapien/Fragestellung

---



---



---



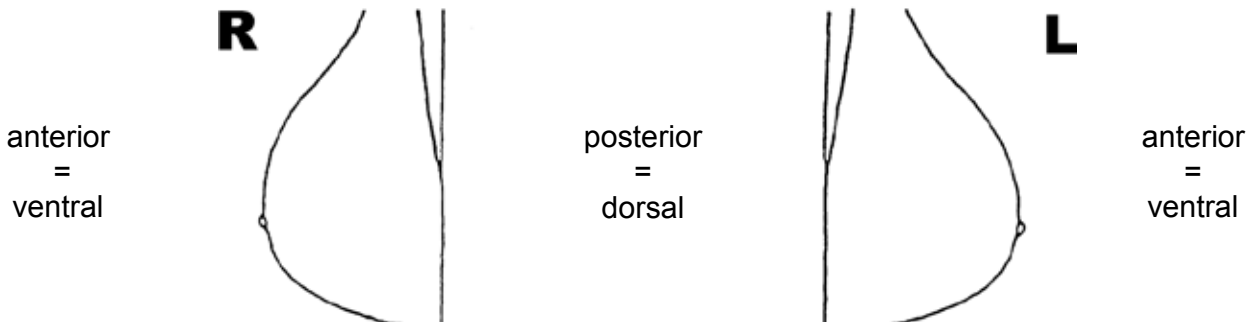
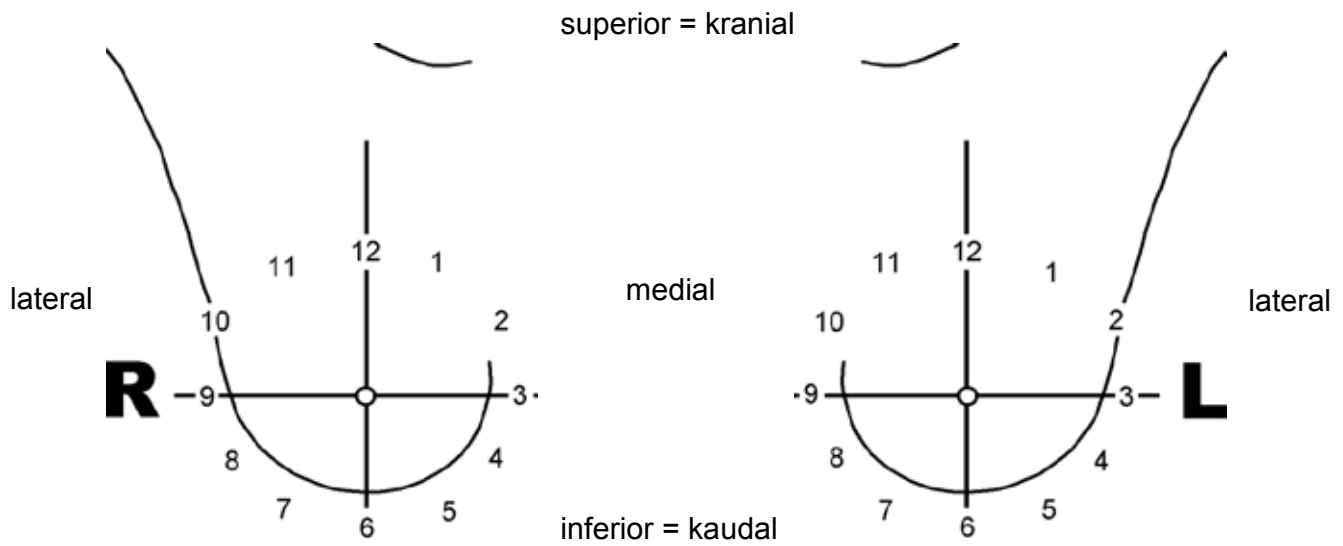
---

Art des Materials:  Perkutane Biopsie  Exzisionsbiopsie  Mastektomie  axilläre Lymphnodektomie  Sentinel-Lymphnodektomie  Schnellschnitt

Organ/Lokalisation:	Bitte freilassen
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
<b>Bitte Situationszeichnung auf Rückseite</b> <b>Bitte Mammogramme, Präparateradiogramme beilegen</b>	

Datum der Entnahme:

**Stempel, Name und Unterschrift**  
 des einsendenden Arztes/Spitals



Grösse des Befundes: \_\_\_\_\_ mm.

Bitte zeichnen Sie die Anomalien auf der obigen Skizze ein.

Biopsie	
<input type="checkbox"/> Stereotaktisch (Gauge): _____	<input type="checkbox"/> Sonografisch gesteuert
<input type="checkbox"/> Vacuumbiopsie (Gauge): _____	<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie (Gauge): _____
<input type="checkbox"/> Mammotom (Gauge): _____	<input type="checkbox"/>

Bitte immer Markierung der Orientierungsrichtungen durch Klinik

**mamillennah** = 2 kurze Fäden =

**anterior zur Haut hin** = 2 lange Fäden =   
(kann bei anhaftender Hautspindel weggelassen werden)

**bei 12 Uhr** = 1 langer Faden =

Faszie dorsal miterfasst? ja  nein

Pektoralismuskulatur miterfasst? ja  nein

----- wird durch Pathologie ausgefüllt -----	
Abstände der Resektionsränder	
superior	=
inferior	=
lateral	=
medial	=
anterior	=
posterior	=
mamillär	=
peripher	=