

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum der Entnahme	Eingangsdatum									
<p><u>Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel</u></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Stationär</b></td> <td><b>Ambulant</b></td> <td><b>Hybrid-DRG</b></td> </tr> <tr> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">           KVB I-III <input type="checkbox"/>    α <input type="checkbox"/>    Ú[•cœ <input type="checkbox"/>    Ó <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>		<b>Stationär</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hybrid-DRG</b>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/> α <input type="checkbox"/> Ú[•cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>		
<b>Stationär</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hybrid-DRG</b>								
Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>								
KVB I-III <input type="checkbox"/> α <input type="checkbox"/> Ú[•cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>										
Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Rückrufnummer / OP:										

<b>JGU UNIVERSITÄTSmedizin.</b> <small>MAINZ</small> <b>Institut für Pathologie</b> Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		<b>EA*</b> EUROPEAN RECOGNITION	<b>DAkks</b> Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13258-01-00
<b>mvz</b>   MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		<b>EA*</b> EUROPEAN RECOGNITION	<b>DAkks</b> Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21458-01-00
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04			
Journalnummer			
Material (Art, Entnahmestelle)			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
6. _____			

<b>Klinische Befunde und Bildgebung</b> Tastbefund <input type="radio"/> Herdbefund <input type="radio"/> Asymmetrie <input type="radio"/> US-Befund <input type="radio"/> Mikrokalk <input type="radio"/> Architekturstörung <input type="radio"/> MR-Befund <input type="radio"/> Strahliger Herd <input type="radio"/> Pectoralisinfiltration <input type="radio"/>			<b>Hautveränderungen</b> Hautrötung <input type="radio"/> Orangerhaut <input type="radio"/> Hauteinziehung <input type="radio"/>		
<b>Klinische Diagnose / Fragestellung</b>					
Voroperationen/Vorbefunde? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		Mehrere Herde? wenn ja, wie viele			
<b>Bei Tumordiagnose</b>		Klin. TNM	Tumorgröße cm	Residualtumor? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Wenn ja, wo
Neoadjuvante Chemotherapie erfolgt? <input type="radio"/> geplant <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		Tumorgröße vor Neoadjuvanz cm	Ansprechen		