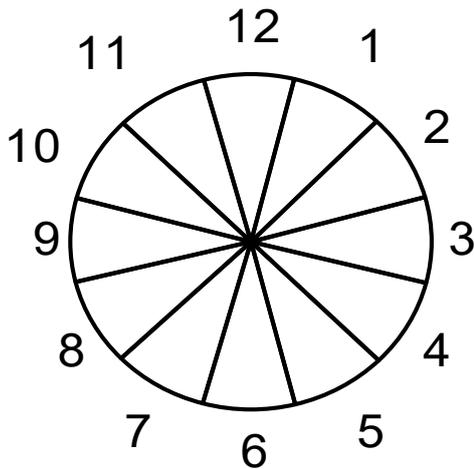


|  |  |         |  |               |
|--|--|---------|--|---------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger   |  |         | <b>Begleitschein für histologische Untersuchungen</b>  | Nummer        |
| Name, Vorname des Versicherten   |  | geb. am |  | Eingangsdatum |
| Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status<br>Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum |  |         | <b>Städtisches Klinikums Dessau<br/>                 Institut für Pathologie</b><br><br><b>PD Dr. med. habil. P. Czapiewski</b><br><br>Auenweg 38 - 06847 Dessau-Roßlau<br><br>Tel. (0340)501-1070 / Fax -1029 |               |

**Probe 1**

rechts       links



**BIRADS**

Kalk      Ja       Nein

Architekturstörung      Ja       Nein

Herd      Ja       Nein

Größe \_\_\_\_\_

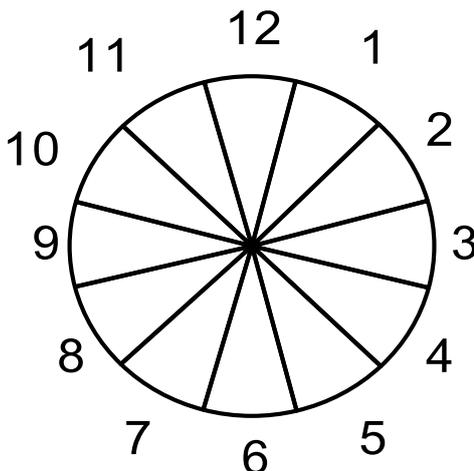
Anzahl der Stanzen \_\_\_\_\_

Jeweilige Länge \_\_\_\_\_

Nadelstärke \_\_\_\_\_

**Probe 2**

rechts       links



**BIRADS**

Kalk      Ja       Nein

Architekturstörung      Ja       Nein

Herd      Ja       Nein

Größe \_\_\_\_\_

Anzahl der Stanzen \_\_\_\_\_

Jeweilige Länge \_\_\_\_\_

Nadelstärke \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift