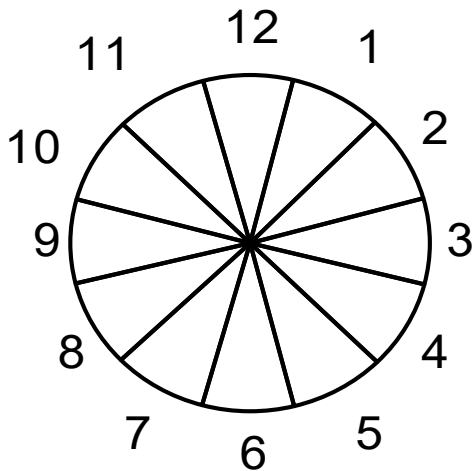


Krankenkasse bzw. Kostenträger			<b>Begleitschein für histologische Untersuchungen</b>	Nummer
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		Eingangsdatum
Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status Vertragsarzt-Nr.      VK gültig bis      Datum			<b>Städtisches Klinikums Dessau                  Institut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

**Probe 1**

rechts       links



**BIRADS**

Kalk      Ja       Nein

---

Architekturstörung      Ja       Nein

---

Herd      Ja       Nein

---

Größe \_\_\_\_\_

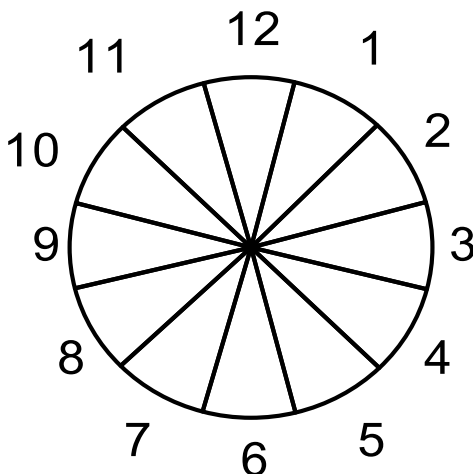
Anzahl der Stanzen \_\_\_\_\_

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