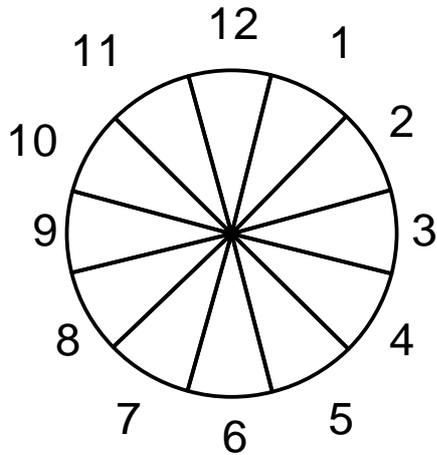


## Begleitschein für histologische Untersuchung - Mammastanzylinder

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

### Probe 1

 rechts 

 links 


### BIRADS

 Kalk Ja  Nein 

 Architekturstörung Ja  Nein 

 Herd Ja  Nein 

Größe \_\_\_\_\_

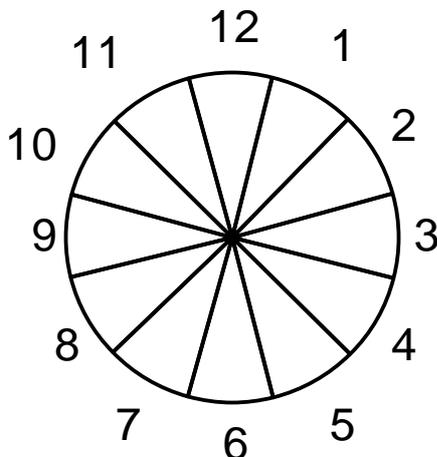
Anzahl der Stanzen \_\_\_\_\_

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