

MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Mülheim GmbH  
Zweigniederlassung MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Oberhausen  
Fachbereich Pathologie



# Antrag auf histopathologische Begutachtung

Institut für Pathologie des  
Evangelischen Krankenhauses Oberhausen GmbH  
Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel  
Virchowstraße 20 · 46047 Oberhausen · Tel. 0208 881-3150

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Amb. <input type="checkbox"/>	Wahlleistung		ja <input type="checkbox"/>	Überweisungsschein		
Stat. <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>	bitte beifügen.		

Bearbeitung von Probenmaterial:  
Ambulant behandelte Patienten – MVZ  
Stationär behandelte Patienten – Institut für Pathologie  
Wir bitten um entsprechende Kennzeichnung (siehe nebenstehend)

Einsender:

## Befundkopie an:

## Klinische Angaben / Fragestellung:

## Ausschabungen / Hysterektomien:

Regelanamnese,  
Zyklusdauer: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Hormontherapie/  
Kontrazeption: \_\_\_\_\_

Embryo klinisch nachgewiesen:

ja  nein

## Eingesandtes Material:

(Art/Entnahmestelle)

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

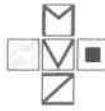
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des einsendenden Arztes/Operators \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Wird von Mitarbeitern der Pathologie ausgefüllt!

Anzahl / Leistung

- |                         |                      |                |                    |
|-------------------------|----------------------|----------------|--------------------|
| ___ HE; PS              | ___ HE; Fe; vG       | ___ BK         | ___ HE; PS; Fe     |
| ___ HE; PS; Gie (HP)    | ___ Leber            | ___ HE; PAP    | ___ HE; PS; vG; St |
| ___ HE; AB-PS; Gie (HP) | ___ Stufen; PS       | ___ ZB; PS     | ___ Milz           |
| ___ Prostata            | ___ HE; AB-PS; VG/EG | ___ ZB         |                    |
| ___ HE; vG/EG           | ___ HE; PS; EG       | ___ Entk./EDTA |                    |
| ___ HE; AB-PS; Entk.    | ___ HE; PS; Fe; EG   | ___ HE; PS; vG |                    |

zu:



MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Mülheim GmbH  
Zweigniederlassung MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Oberhausen  
Fachbereich Pathologie



# Begleitschein zur Einsendung von Mammagewebe

Institut für Pathologie des  
Evangelischen Krankenhauses Oberhausen GmbH  
Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel  
Virchowstraße 20 · 46047 Oberhausen · Tel. 0208 881-3150

<b>AOK</b>	<b>LKK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>VdAK</b>	<b>AEV</b>	<b>Knappschaft</b>
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Amb. <input type="checkbox"/>	Wahlleistung ja <input type="checkbox"/>		Überweisungsschein bitte beifügen.			
Stat. <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					

Bearbeitung von Probenmaterial:  
Ambulant behandelte Patienten – MVZ  
Stationär behandelte Patienten – Institut für Pathologie  
Wir bitten um entsprechende Kennzeichnung (siehe nebenstehend)

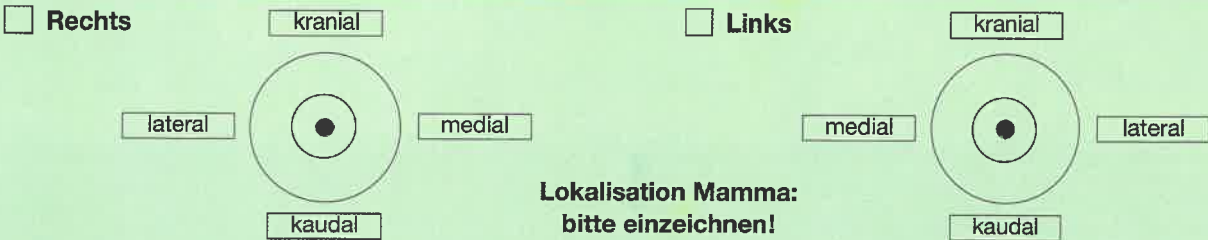
Einsender:

**Klin. Angaben:**  externer Vorbefund  MSE  mehrherdiger Befund  
 Z. n. neoadjuvanter Therapie  Z. n. Induktionstherapie Tu-Größe (prätherapeutisch): \_\_\_\_\_ cm

**Befundkopie an:**

Material:

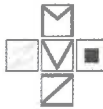
- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_



<input type="checkbox"/> HSCC	<input type="checkbox"/> FNA	Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> Vakuumstanzbiopsie	Topographische Markierungen: <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Abweichend _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Exzisat/offene Biopsie	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Thoraxwandexc.	<input type="checkbox"/> Draht <input type="checkbox"/> Clip	
<input type="checkbox"/> Axilläre Lymphknoten	<input type="checkbox"/> SN Lymphknoten	<input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li		
<input type="checkbox"/> IHC	<input type="checkbox"/> Ki-67			

**Klinisch-radiologischer Befund:**  
 Herdbefund palpabel  Mikrokalk  Präparateradiographie

Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Mülheim GmbH  
Zweigniederlassung MVZ  
Medizinisches Versorgungszentrum Oberhausen  
Fachbereich Pathologie



# Antrag auf Schnellschnitt-Untersuchung

Institut für Pathologie des  
Evangelischen Krankenhauses Oberhausen GmbH  
Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. A. M. Gassel  
Virchowstraße 20 · 46047 Oberhausen · Tel. 0208 881-3150

<b>AOK</b>	<b>LKK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>VdAK</b>	<b>AEV</b>	<b>Knappschaft</b>
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Amb. <input type="checkbox"/>	Wahlleistung		ja <input type="checkbox"/>	Überweisungsschein		
Stat. <input type="checkbox"/>			nein <input type="checkbox"/>	bitte beifügen.		

Bearbeitung von Probenmaterial:  
Ambulant behandelter Patienten – MVZ  
Stationär behandelter Patienten – Institut für Pathologie  
Wir bitten um entsprechende Kennzeichnung (siehe nebenstehend)

Einsender:

## Befundkopie an:

## Ausschabungen / Hysterektomien:

## Klinische Angaben / Fragestellung:

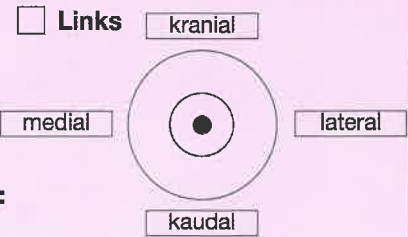
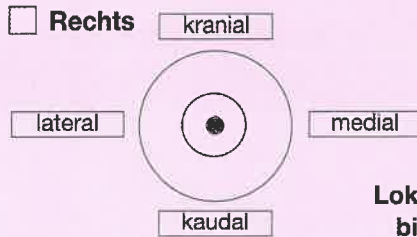
Regelanamnese, Zyklusdauer: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Hormontherapie/  
Kontrazeption: \_\_\_\_\_

Topographische Markierungen:

- Standard  
 Abweichend



**Lokalisation Mamma:  
bitte einzeichnen!**

- externer Vorbefund     mehrherdiger Befund     IORT

## Eingesandtes Material:

(Art/Entnahmestelle)

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

## Durchsage erbeten an:

Telefon \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des einsendenden Arztes/Operateurs \_\_\_\_\_

**Wird von Mitarbeitern der Pathologie ausgefüllt!**

Übergabe von (Name) \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Abgabe aus Labor \_\_\_\_\_ Uhr      Anzahl OT: \_\_\_\_\_

Tel. Durchsage um \_\_\_\_\_ Uhr      an: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

ZU: