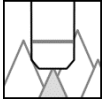


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS
FÜR PATHOLOGIE
83276 Traunstein**



Dr. med. Margot Lehringer-Polzin
Dr. med. Tobias Henopp
Dr. med. Ines Lichtmanegger
Dr. med. Harald Bartsch*
* angestellter Facharzt



ANTRAG AUF PATHOLOGISCHE BEGUTACHTUNG - MAMMA

Abrechnung mit

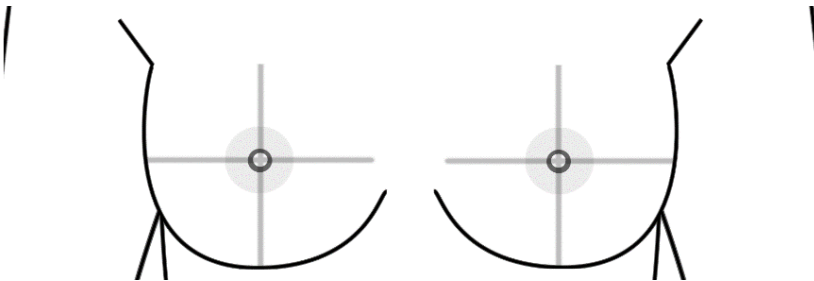
- Patient (privat, mit Einverständnis des Patienten)
- Krankenhaus
- Überweisungsschein
- Sonstige (BG, Bundeswehr, etc.)

Einsendender Arzt:

Telefon:

Datum:

Arztstempel



- Mamma links
- Mamma rechts
- Präparat-Markierung:
Kranial kurzer Faden
Lateral langer Faden
Medial mittellanger Faden
- Präparateradiographie anbei

Voruntersuchungs-Nr.

Material

Klinische Diagnose

Besondere Fragestellung

- Rezeptorstatus (ER, PR, Her2, Ki67)
- Tumordinfiltrierende Lymphozyten (TIL)
- Sonstige:

Achtung: Bitte Formalinzusatz (1 Teil handelsübliches 40 %iges Formalin + 3 Teile Wasser)