

Standort:

LE

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
LKH Hochsteiermark – Standort Leoben
Institut für Pathologie

Vorstand: Prim. Dr. Koppány Bodó
8700 Leoben, Vordernberger Straße 42
Tel: 03842/401-2414 Fax: 03842/401-2464

H

HISTO
Mamma



Patientendaten: (Etikett oder ausfüllen)		Zuweiserdaten:		Diese Felder freilassen
AZ:		Stempel/Name von LKH/Abt:		
Familienname:		Ärztin/Arzt:		
Vorname:		Tel.:		
SV-Nr:	Geb. datum:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> ♂ / <input type="checkbox"/> ♀ / <input type="checkbox"/> div.		Vers: <input type="checkbox"/> amb / <input type="checkbox"/> stat	Klasse: <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> S	
Wohnort (Anschrift):				

Anforderung Histopathologie (Mamma)		Untersuchungsart		
Materialdaten/Lokalisation:		<input type="checkbox"/> Histo Standard <input type="checkbox"/> Gefrierschnitt <input type="checkbox"/> Cito (z.B. delayed graft)		
Gewinnung: <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Stanze <input type="checkbox"/> Cur	Entnahme-datum:			BL
<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/>	Lokalisation:			OT
Organ-gebiet				GB
Klinische Angaben				GO

Probenbezeichnung im Detail

Faden: R L

Faden:

Faden:

Draht:

Ergebnis Gefrierschnittuntersuchung (interne Dokumentation Patho):

Eingelangt um: Durchgegeben um: Befunder: Kliniker:

Telefonisch übermittelte Diagnose: TAT:

Quelle: \\sw04vmw002\hochsteiermark\05_Abteilungen\Pathologie\QM_LE\09_Vorlagen\ZUW_FORM