



**Anforderung histopathologische Untersuchung**

Telefon: 0201/723-2890  
Telefax: 0201/723-5926

**Sarkome**

Eingangs- Nr. (Barcode)

Färbung	Anzahl
H & E	
Immun.	
FISH	
Molpath.	

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_  
Einsendender Arzt: \_\_\_\_\_  
Telefon/Funk: \_\_\_\_\_

**EILIG** (VAC)

Patientendaten (Aufkleber)

- Präparat:  Primärtumor  
 Residuum  
 Rezidiv  
 Nachresektat  
 externe Pathologiebefunde im Medico  
 Röntgenbilder im PACS  
 Röntgenbilder im Chili-PACS  
 Röntgenbilder DVD in WTZ- Ambulanz

**Histologie Vorbefunde:**

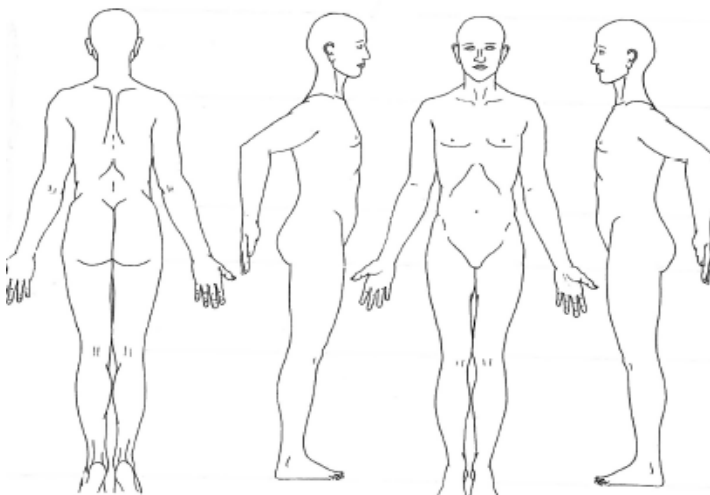
\_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Voroperation:  Z.n. Biopsie  Z.n. Resektion:  R0  R1  R2  RX  
Vortherapie:  Chemotherapie  Strahlentherapie  ILP  Hyperthermie

**Lokalisation und Fadenmarkierung:**



1 Faden lang: \_\_\_\_\_

2 Fäden lang: \_\_\_\_\_

2 Fäden kurz: \_\_\_\_\_

weitere Markierungen:

Unterschrift des Arztes:

\_\_\_\_\_