MVZ INSTITUT PATHOLOGIE OFFENBACH
am Sana Klinikum Offenbach gGmbH

Starkenburgring 66
63069 Offenbach am Main
Tel. Sekretariat 069 8405 4290
Tel. Labor 069 8405 9309
Fax 069 8405 4466
E-Mail pathologie-SOF@sana.de

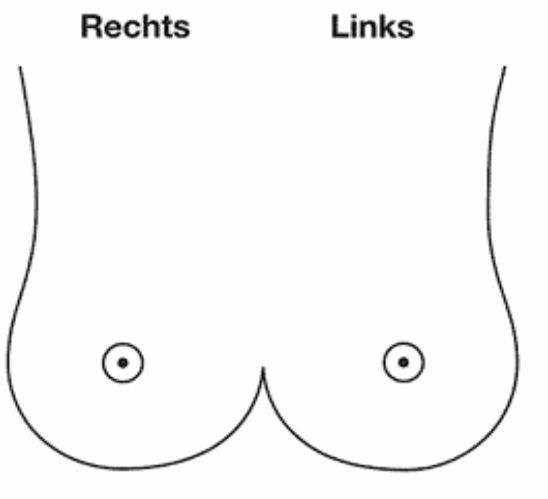
Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Patienten, Adresse	geb. am
Kostenträgernennung / Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr. / Arzt-Nr.	Datum

Eingangsnummer
Eingangsdatum

Präparate

O TE **O** Level I **O** _____
O Segment **O** Level II **O** _____
O Abladat **O** SN **O** _____

Markierung **O** standard **O** cranial caudal
medial lateral
pectoral ventral



SCHNELLSCHNITT Tel: _____

cT **cN** **M** **O** Z.n. Chemo **O** Z.n. Radatio

Vorbefunde

O Z.n. Stanzbiopsie O Z.n. TE/ Segmentresektion O in domo
O Z.n. Stereotaxie O Z.n.

Klinische Angaben

Stempel Datum Unterschrift des einsendenden Arztes