

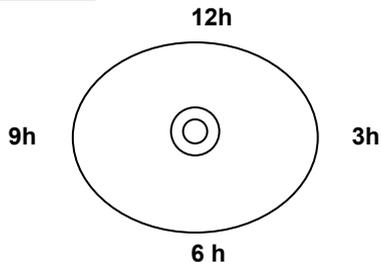
Patientenname, Geburtsdatum

BEGLEITBOGEN MAMMASTANZEN
NIE BEIDSEITIGE TUMORE AUF EINEN SCHEIN

Stempel

RECHTS:

LINKS:



Sonstiges:

Corebiopsie:

Vakuumbiopsie:

Anzahl Stanzen: _____ Mit Kalk _____ Ohne Kalk _____

Anzahl Gefäße: 1 2 3 4 5

Corebiopsie: Vakuumbiopsie:

klinisch radiologischer Befund:

Hautveränderungen: Orangerhaut ja nein

Inflammatorisches Ca. ja nein

Herdbefund palpabel ja nein

Mikrokalk ja nein

Präparateradiographie anbei ja nein

Lokalisation: _____

Tumorgroße _____ / _____ / _____ mm

_____ / _____ / _____ mm

Weitere Angaben (z.B. Hautbefund;
neoadjuvante Therapie geplant / durchgeführt):

Ansprechpartner/in:

Datum - Uhrzeit

Unterschrift