



MRI-gesteuerte Prostatabiopsien

Name _____

Vorname _____

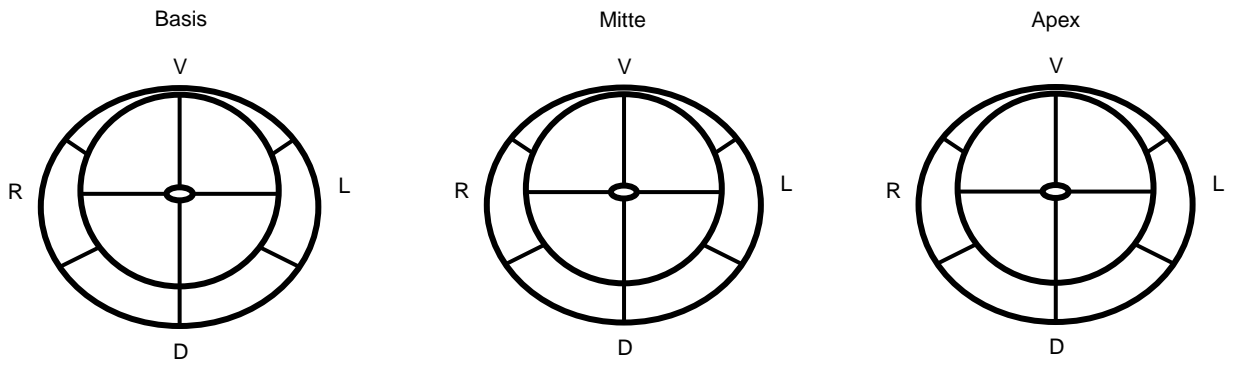
Geburtsdatum _____ Patientennummer _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

- stationär -->
 ambulant
 allgemein
 halbprivat
 Rechnung an Arzt
 privat

Klinische Angaben und Fragestellungen:



Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

Frühere Untersuchungen:

- Tel. Bericht: _____
 Fax Bericht: _____
 Mail Bericht: _____
 (nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____