



Histologie Prostatabiopsien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

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

Klinische Angaben und Fragestellungen:

PSA: _____

Ratio: _____

Rektal: _____

Entnahmeort:

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| 1 ☐ Apikal lateral rechts | 7 ☐ Apikal lateral links | ☐ _____ |
| 2 ☐ Apikal medial rechts | 8 ☐ Apikal medial links | ☐ _____ |
| 3 ☐ Mitte lateral rechts | 9 ☐ Mitte lateral links | ☐ _____ |
| 4 ☐ Mitte medial rechts | 10 ☐ Mitte medial links | ☐ _____ |
| 5 ☐ Cranial lateral rechts | 11 ☐ Cranial lateral links | ☐ _____ |
| 6 ☐ Cranial medial rechts | 12 ☐ Cranial medial links | ☐ _____ |

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

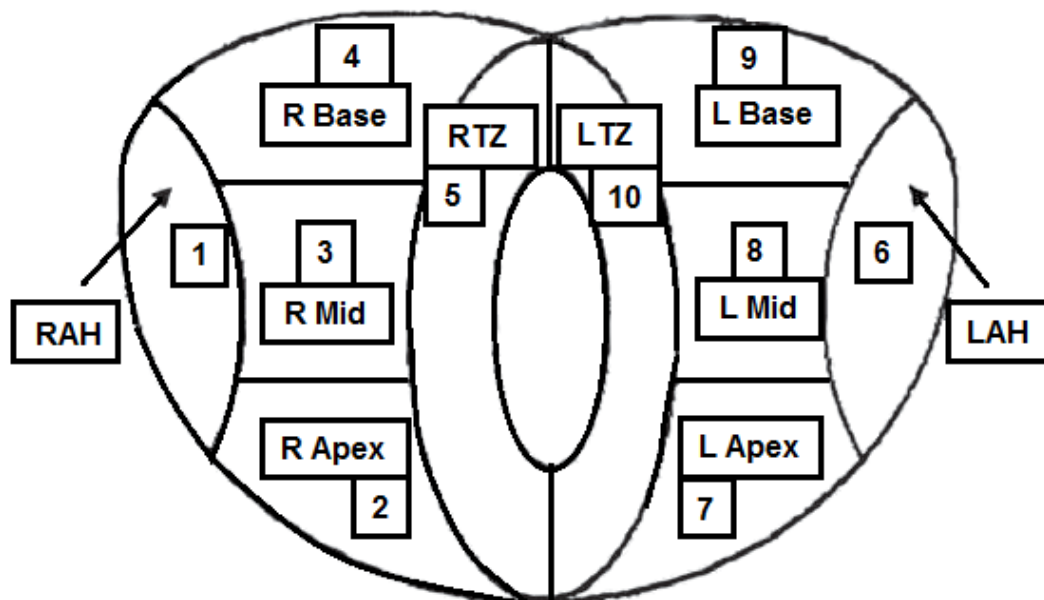
Frühere Untersuchungen:

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

Kopie(n) an: _____



Angaben zur Tumorlokalisation:



Vorbehandlung:

Chemotherapie	☐ Nein	☐ Ja
Radiotherapie	☐ Nein	☐ Ja
Totale Androgenentzugstherapie	☐ Nein	☐ Ja

Sonstige: _____

Relevante Vorbefunde:

Sonstige Erkrankungen:

