



Histologie Prostatabiopsien

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ **Patientennummer** _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Wohnort _____

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

Klinische Angaben und Fragestellungen:

Entnahmeort:

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Basal rechts (harnblasenwärts) | 5. Basal links (harnblasenwärts) |
| 2. Mitte medial rechts | 6. Mitte medial links |
| 3. Mitte lateral rechts | 7. Mitte lateral links |
| 4. Apikal rechts (urethrawärts) | 8. Apikal links (urethrawärts) |
| 9. TRUS-Bx gezielt: | 10. TRUS-Bx hypoechoogene Zone |

Datum der Entnahme:

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Frühere Untersuchungen:

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

Kopie(n) an: _____