

Prostata Biopsien

Entnahme-Datum
T T M M J J J J

Entnahme-Zeit
H H M M

Arzt-Suchernr.
| | | | | | | |

Tel. Station
| | | | | |

Nachbestellung von Auftragsformularen

30 Stück 100 Stück
 50 Stück 300 Stück

Rechnung an:

Patient
 Auftraggeber
 Drittzahler

Name:

Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

externe Referenznummer

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Befundkopie an:

Prostata:

Resektat

Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie

Gefässe mit Stanzbiopsien:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15

PSA: _____ ng/ml (Ratio: _____ %)

TRUS-Gesamtvolumen: _____ ml

TRUS-Adenomvolumen: _____ ml

Prostata-Tastbefund: _____

Anzahl früherer Prostata-Biopsien: _____

wann: _____

Fragestellung:

HGPIN ASAP Karzinom:

(bei Karzinom bitte Angabe des Gleason score, Anzahl und Lokalisation der befallenen Stenzen sowie Anteil Karzinom pro befallener Stanze)

Markierung

Richtig

Falsch

Einsendercode
Auftraggeber

Labornummer



Nr.	Biopsieort	Barcode Pathologie	Nr.	Biopsieort	Barcode Pathologie
1	<input type="checkbox"/> apikal re medial		7	<input type="checkbox"/> apikal li medial	
2	<input type="checkbox"/> apikal re lateral		8	<input type="checkbox"/> apikal li lateral	
3	<input type="checkbox"/> Mitte re medial		9	<input type="checkbox"/> Mitte li medial	
4	<input type="checkbox"/> Mitte re lateral		10	<input type="checkbox"/> Mitte li lateral	
5	<input type="checkbox"/> basal re medial		11	<input type="checkbox"/> basal li medial	
6	<input type="checkbox"/> basal re lateral		12	<input type="checkbox"/> basal li lateral	

