

# Histologie - Prostata

## Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

**AHVN13:** \_\_\_\_\_

Geschlecht:     Mann     Frau

ambulant     stationär

Rechnung an:     Patient     Krankenkasse     Einsender     Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Entnahmedatum/-zeit:

Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

## Klinische Angaben / Diagnosen / bisherige Therapie / Untersuchungen:

PSA-Wert (ng/ml):

Medikamente:

Prostatavolumen (ml):

Density:

Anzahl der Vorbiospien Nr./Jahr:

Palpationsbefund:

## Fragestellung:

Gleason Score     % Karzinom     Karzinomanteil in der Stanze (mm)

## Entnahmeort

### Systematische Biopsie

1 Apex lateral rechts

7 Apex lateral links

2 Apex medial rechts

8 Apex medial links

3 Mitte lateral rechts

9 Mitte lateral links

4 Mitte medial rechts

10 Mitte medial links

5 Basis lateral rechts

11 Basis lateral links

6 Basis medial rechts

12 Basis medial links

**Zielbiopsie**     kognitiv fusioniert     MRI-Zielbiopsie

13 Läsion 1, Lokalisation: \_\_\_\_\_

14 Läsion 2, Lokalisation: \_\_\_\_\_

15 Läsion 3, Lokalisation: \_\_\_\_\_

### MRI oder TRUS-Bx gezielt:

