

Histologie – Prostata

Transrektal

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:

