

Histologie – Prostata

Transperineal

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Anterior lateral rechts | <input type="checkbox"/> 7 Anterior lateral links |
| <input type="checkbox"/> 2 Anterior medial rechts | <input type="checkbox"/> 8 Anterior medial links |
| <input type="checkbox"/> 3 Mitte lateral rechts | <input type="checkbox"/> 9 Mitte lateral links |
| <input type="checkbox"/> 4 Mitte medial rechts | <input type="checkbox"/> 10 Mitte medial links |
| <input type="checkbox"/> 5 Posterior lateral rechts | <input type="checkbox"/> 11 Posterior lateral links |
| <input type="checkbox"/> 6 Posterior medial rechts | <input type="checkbox"/> 12 Posterior medial links |

Zielbiopsie kognitiv fusioniert MRI-Zielbiopsie

13 Läsion 1, Lokalisation: _____

14 Läsion 2, Lokalisation: _____

15 Läsion 3, Lokalisation: _____

Transperineal

