

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

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Anterior lateral links | ☐ 7 Anterior lateral rechts |
| ☐ 2 Anterior medial links | ☐ 8 Anterior medial rechts |
| ☐ 3 Mitte lateral links | ☐ 9 Mitte lateral rechts |
| ☐ 4 Mitte medial links | ☐ 10 Mitte medial rechts |
| ☐ 5 Posterior lateral links | ☐ 11 Posterior lateral rechts |
| ☐ 6 Posterior medial links | ☐ 12 Posterior medial rechts |

Zielbiopsie ☐ kognitiv fusioniert ☐ MRI-Zielbiopsie

☐ 13 Läsion 1, Lokalisation: _____

☐ 14 Läsion 2, Lokalisation: _____

☐ 15 Läsion 3, Lokalisation: _____

Transperineal

