

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11

4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Transrektale Prostatabiopsien

Kopie an:	Datum der Entnahme: Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):	
Frühere Einsendungen:	Tel./intern:	
(leer lassen)		
Klinische Angaben:		
DRE:		
PSA: ng/ml	PSR: %	
Weitere Angaben:		
Fragestellung/Bemerkung:		
Entnahmeort		
	Anzahl Gewebe	Beschreibung
1		Links Basis (1l+m)
2		Links Mitte (2 l+m)
3		Links Apex (3 l+m)
4		Rechts Basis (4 l+m)
5		Rechts Mitte (5 l+m)
6		Rechts Apex (6 l+m)
7		
8		
9		
10		

KSBL M09013 v2, 22.07.2022



SMTS 0034

