

**Institut für Pathologie**  
Mühlemattstrasse 11  
4410 Liestal



SPTS 0034

Name  
Vorname  
Geb. Datum  
Adresse

männlich weiblich divers  
SV-Nummer Garant  
ambulant stationär 1./2. Kl. stationär 3. Kl.

## Artemis Prostatabiopsien

Kopie an:	Datum der Entnahme: Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):	
Frühere Einsendungen:	Tel./intern:	
Klinische Angaben:		
DRE:		
PSA:                      ng/ml                      PSR:                      %	(leer lassen)	
Weitere Angaben:		
Fragestellung/Bemerkung:		
Entnahmeort		
	<b>Anzahl Gewebe</b>	<b>Beschreibung</b>
1		Links lateral Basis
2		Links lateral Mitte
3		Links lateral Apex
4		Links medial Basis
5		Links medial Mitte
6		Links medial Apex
7		Rechts lateral Basis
8		Rechts lateral Mitte
9		Rechts lateral Apex
10		Rechts medial Basis
11		Rechts medial Mitte
12		Rechts medial Apex
13		
14		
15		

Institut für Pathologie  
Mühlemattstrasse 11  
4410 Liestal



SMTS 0034

## ARTEMIS Biopsie Template - 12-Cores

