

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.

Prostatabiopsien

Kopie an:

Datum der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

Klinische
Angaben:

(leer lassen)

DRE:

PSA: ng/ml

PSR: %

Weitere Angaben:

Fragestellung/Bemerkung:

Entnahmeort:

- | | | |
|----|---------|--------------------------------|
| 1 | TRUS-Bx | basal rechts (harnblasenwärts) |
| 2 | TRUS-Bx | Mitte lateral rechts |
| 3 | TRUS-Bx | Mitte lateral rechts |
| 4 | TRUS-Bx | apikal rechts (urethrawärts) |
| 5 | TRUS-Bx | basal links (harnblasenwärts) |
| 6 | TRUS-Bx | Mitte lateral links |
| 7 | TRUS-Bx | Mitte lateral links |
| 8 | TRUS-Bx | apikal links (urethrawärts) |
| 9 | TRUS-Bx | gezielt: |
| 10 | TRUS-Bx | gezielt: |
| 11 | TRUS-Bx | gezielt: |
| 12 | TRUS-Bx | hypoechoogene Zone |