

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.

Perineale 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:

Entnahmestort

- | | | |
|---|--------------|----------------|
| 1 | Perineale Bx | links ventral |
| 2 | Perineale Bx | links mitte |
| 3 | Perineale Bx | links dorsal |
| 4 | Perineale Bx | rechts ventral |
| 5 | Perineale Bx | rechts mitte |
| 6 | Perineale Bx | rechts dorsal |
| 7 | Perineale Bx | gezielt: |
| 8 | Perineale Bx | gezielt: |
| 9 | Perineale Bx | gezielt: |

