

## Institut für Pathologie

Prof. Dr. med. Gieri Cathomas, Chefarzt



STS 0599

### Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

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 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | links ventral  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | links mitte    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | links dorsal   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | rechts ventral |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | rechts mitte   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | rechts dorsal  |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | gezielt:       |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | gezielt:       |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Perineale Bx | gezielt:       |

