

Institut für Pathologie

Prof. Dr. med. Gieri Cathomas, Chefarzt



STS 0599

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

SV-Nummer

Garant

ambulat

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Artemis Prostatabiopsien

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



ARTEMIS Biopsie Template - 12-Cores

