

# Histologie Prostatabiopsien

MEDICA Pathologie  
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 99 88  
medica.ch/pathologie



**PATHOLOGIE  
MEDICA ENGE**

44

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber
Patienten-Nr. des Arztes:		
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter		
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ/Ort		
c/o		
Geburtsdatum	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	Mobil Tel.
E-Mail		
AHV-Nr.		
<b>Befundbearbeitung</b>		<input type="checkbox"/> Eilt
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____		
<small>Bitte schwarz markieren Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</small>		

## Histologie Prostatabiopsien

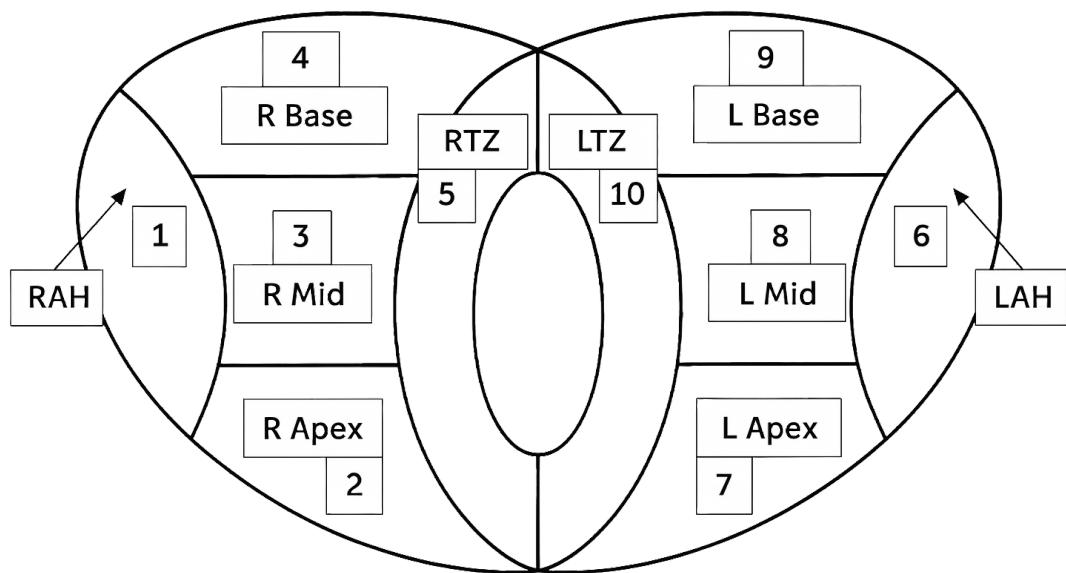
### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:	Entnahmehetzeit:	
PSA: _____	Ratio: _____	Rektal: _____
Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen _____ _____		

### Entnahmeort

Rechts	Links	Artemis Biopsie
12 <input type="checkbox"/> Apikal lateral rechts	3 <input type="checkbox"/> Apikal lateral links	<input type="checkbox"/> _____
9 <input type="checkbox"/> Apikal medial rechts	6 <input type="checkbox"/> Apikal medial links	<input type="checkbox"/> _____
11 <input type="checkbox"/> Mitte lateral rechts	2 <input type="checkbox"/> Mitte lateral links	<input type="checkbox"/> _____
8 <input type="checkbox"/> Mitte medial rechts	5 <input type="checkbox"/> Mitte medial links	<input type="checkbox"/> _____
10 <input type="checkbox"/> Cranial lateral rechts	1 <input type="checkbox"/> Cranial lateral links	<input type="checkbox"/> _____
7 <input type="checkbox"/> Cranial medial rechts	4 <input type="checkbox"/> Cranial medial links	<input type="checkbox"/> _____

**Angaben zur Tumorlokalisierung:**



**Vorbehandlung:**

Chemotherapie:  Nein  Ja  
Radiotherapie:  Nein  Ja  
Totale Androgenentzugstherapie:  Nein  Ja

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Relevante Vorbefunde:**

---

---

---

**Sonstige Erkrankungen:**

---

---

---