

Histologie Prostatabiopsien

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

44



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

H09

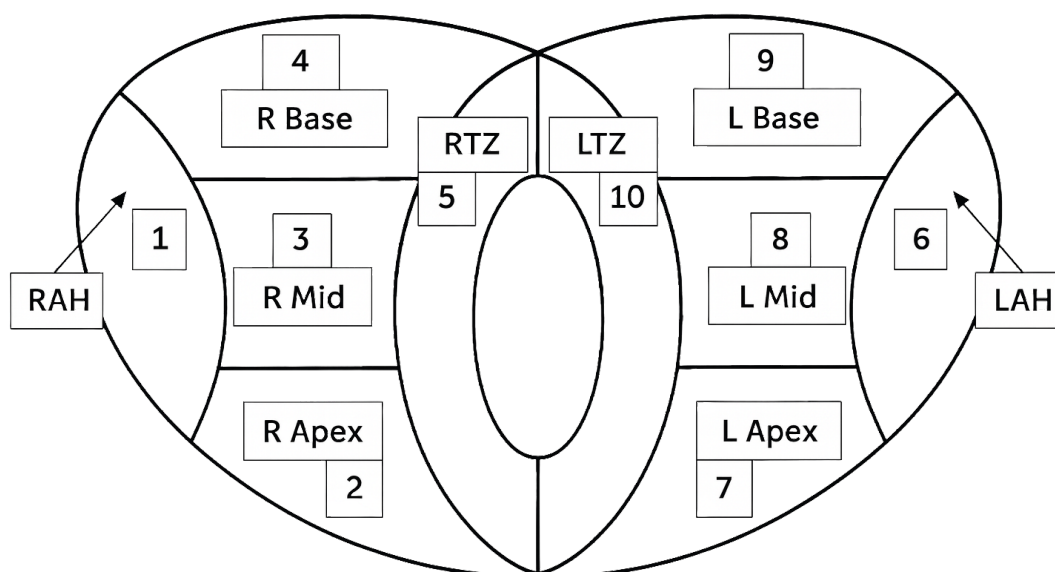
Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div><input type="checkbox"/> Bitte schwarz markieren</div> <div>Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name _____			
Vorname _____			
Strasse _____			
PLZ/Ort _____		Behandelnder Arzt: _____	
c/o _____		E-Mail: _____	
Geburtsdatum: ____/____/____ Mobil Tel.: _____		Rechnung an	
E-Mail _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. _____	
AHV-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. _____	
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Unfalldatum _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		Fall-ID _____	
_____		<input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information): _____	
_____		_____	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

Histologie Prostatabiopsien

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____		Entnahmezeit: _____
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 Tumorlokalisation:



Vorbehandlung:

Chemotherapie: ☐ Nein ☐ Ja

Radiotherapie: ☐ Nein ☐ Ja

Totale Androgenentzugstherapie: ☐ Nein ☐ Ja

Sonstige:

Relevante Vorbefunde:

.....
.....
.....

Sonstige Erkrankungen:

.....
.....
.....