

Untersuchungsauftrag Prostatastanzen



Dr. med. B. Bier
Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze
Prof. Dr. med. W. Püschel*
Dr. med. O. Scherr

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Institut für Pathologie
Saarbrücken-Rastpfuhl
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de
 www.pathologie-saarbruecken.de

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Eingangsdatum

Vorbefund (H-Nr.)

Entnahmedatum

Anzahl Vorbiopsien **Prostatavolumen** **cm**

PSA ng/ml **TRUS**

Palpation

.....

Bitte unbedingt ankreuzen!

Ambulant **Privat**

Stationär **Konsiliar**

Materialannahme

Zuschneide-Ass.

Abgabe

links lila Kapseln

- Basis links lateral
- Basis links medial
- Mitte links lateral
- Mitte links medial
- Apex links lateral
- Apex links medial
-
-

rechts gelbe Kapseln

- Basis rechts lateral
- Basis rechts medial
- Mitte rechts lateral
- Mitte rechts medial
- Apex rechts lateral
- Apex rechts medial
-
-



Kommentar

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)