

Histologie Prostatabiopsien

Pathologie Medica Engle
Hottingerstrasse 9, 8032 Zürich
Tel. 044 269 99 88
www.patho.ch

44



PATHOLOGIE MEDICA ENGE

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. <input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information):	
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
c/o		Behandelnder Arzt:	
Geburtsdatum		E-Mail:	
Mobil Tel. _____		Rechnung an	
E-Mail		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. <input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information):	
AHV-Nr.			
Befundbearbeitung <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:			

Bitte **schwarz** markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Histologie Prostatabiopsien

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:	_____	Entnahmezeit:	_____
PSA: _____	Ratio: _____	Rektal: _____	_____

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

.....

.....

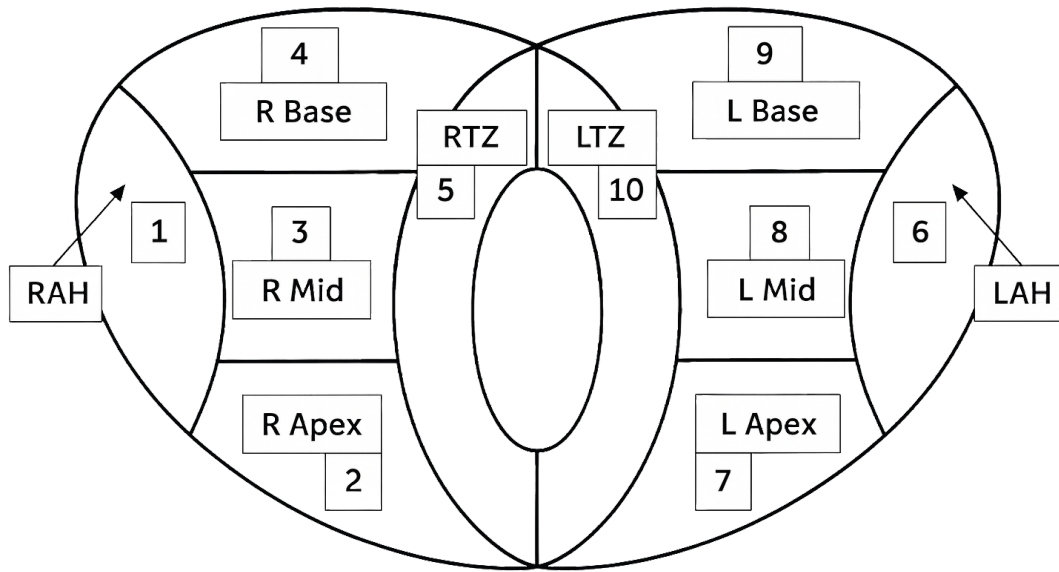
.....

.....

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:

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