

# Untersuchungsauftrag für Prostatastanzen



**Dr. med. B. Bier**  
**Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze**  
**FA K. Emrich**  
**Dr. med. C. Heinrich\***  
**Prof. Dr. med. W. Püschel\***

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. §32b Abs. II 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



**Eingangsdatum**.....

**Vorbefunde (H-Nr.)**.....

**Entnahmedatum**.....

**Anzahl Vorbiopsien** ..... **Prostatavolumen** ..... **cm<sup>3</sup>**

**PSA ng/ml**..... **TRUS**.....

**Palpation**.....

**Vorbehandlung**  antihormonell  Radiatio

Bitte unbedingt ankreuzen!

<b>Ambulant</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Kasse</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ambulante OP</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Privat</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Stationär</b>	<input type="checkbox"/>		

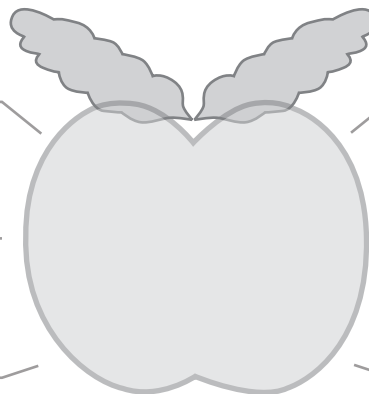
**Materialannahme**

**Zuschneide-Ass.**

**Ausgabe**

.....

- 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)