

Untersuchungsauftrag für Prostatastanzen

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

Eingangsdatum.....

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

Entnahmedatum.....

Anzahl Vorbiopsien Prostatavolumen cm³

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

Palpation.....

Vorbehandlung antihormonell Radiatio

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

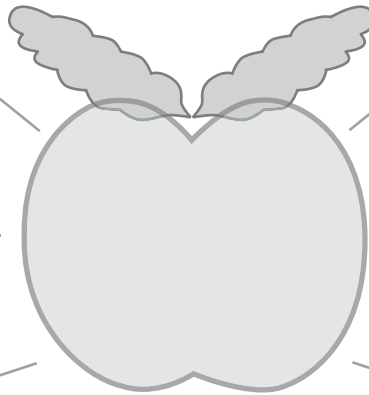
Mitte rechts medial

Apex rechts lateral

Apex rechts medial

.....

.....



Kommentar.....

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)

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

Bitte unbedingt ankreuzen!

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

Materialannahme	<input type="text"/>
Zuschneide-Ass.	<input type="text"/>
Ausgabe	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Daten für Abrechnung (bitte nicht ausfüllen!)

Zuschnitt:

- aufwend. Zuschnitt
- Tusche
- Sägen
- Makrofoto
- Zellblock / Gerinnsel
- Schnellschnitt

Sonstige:

- Tel. Befunderörterung
- Tumorkonferenz

Mikroskopie:

- Materialien
- Stufen
- Histochemie
- Entkalkung
- Polarisierung
- Morphometrie / Mitosen
- Vorsorge
- Zytologie
- Lymphknoten
- Sent. LK

Immunhistologie:

Molekularpathologie:

Stichwortartige Begründung für erhöhten Faktor: