

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

# GEMEINSCHAFTSPRAXIS

PD Dr. med. C. Brinkschmidt PD Dr. med. H. Nagel  
 Dr. med. M. Lohner Dr. med. D. Prechtel  
 PD Dr. med. W. Müller Prof. Dr. med. S. Schweyer

# PATHOLOGIE STARNBERG

## HISTOLOGIE ZYTOLOGIE

Am Fuchsengraben 3  
 82319 Starnberg  
 Tel. 08151/3612-0  
 Fax 08151/78420  
 www.pathologie-starnberg.de  
 praxis@pathologie-starnberg.de

## Begutachtungsantrag Prostatabiopsie

stationär Abrechnung mit  Krankenhaus  Sonstige z.B. BG  Patient mit Einverständnis des Patienten nach § 4 GOÄ  
 ambulant  KV/Überweisungsschein

Untersuchungsmaterial – Art und Herkunft:

Prostatavolumen (TRUS): \_\_\_\_\_ ml      PSA-Wert: \_\_\_\_\_ ng/ml  
 DRU:  o.B.:  links suspekt:  rechts suspekt:

Anzahl der Vorbiopsien:

12-fach Biopsie       + MRT/TRUS Fusionsbiopsie  
 1. Basis re. lateral      7. Basis li. Lateral  
 2. Basis re. medial      8. Basis li. medial  
 3. Mitte re. lateral      9. Mitte li. Lateral  
 4. Mitte re. medial      10. Mitte li. medial  
 5. Apex re. lateral      11. Apex li. Lateral  
 6. Apex re. medial      12. Apex li. medial  
 13.+14.: \_\_\_\_\_  
 15.+16.: \_\_\_\_\_  
 17.+18.: \_\_\_\_\_

histol./zytol. Voruntersuchungen  
 \_\_\_\_\_ Nummer und Jahr      \_\_\_\_\_ Datum      \_\_\_\_\_ Telefon      \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Einsenders

Histologisches Untersuchungsmaterial bitte in 10% Formalin (entspricht einer 4%igen Formaldehydlösung) fixieren.