

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

PATHOLOGIE STARNBERG
MVZ GmbH
HISTOLOGIE ZYTOLOGIE

PD Dr. med. C. Brinkschmidt PD Dr. med. H. Nagel
 Dr. med. A. Dreßler Dr. med. D. Prechtel
 T. Harnisch Prof. Dr. med. S. Schweyer
 Dr. med. M. Lohner PD Dr. med.
 PD. Dr. med. W. Müller J. Slotta-Huspenina
 Fachärzte für Pathologie

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.