

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	TK	Knappschaft
Name, Vorname des/der Versicherten bzw. Patientenetikett							geboren am
							Geschlecht
							<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Kassennummer		Versichertennummer		Status			
Vertragsarzt			VK gültig bis		Datum		

Untersuchungsantrag zur uropathologischen Begutachtung



**Institut für Dermatohistologie
Pathologie Molekularpathologie**
Dr. Helmut Laaff

Sasbacher Straße 10
79111 Freiburg
Telefon +49 (0) 761 120360 oder +49 (0) 761 7699690
Telefax +49 (0) 761 1203615
E-Mail info@labor-laaff.de
Website www.labor-laaff.de

Dr. Helmut Laaff
Dr. Astrid Kersten
Prof. Dr. Annette Schmitt-Gräff
Dr. Andrea Schmitt
Dr. Barbara Wittmeier
Dr. Jörn Coldewey
Paul Czech
Dr. Annette May

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!			<input type="checkbox"/> Befund eilt!
KVB I – II	Post B	BG	
Stempel der/des einsendenden Ärztin/Arztes			<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Überweisung beigefügt <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

Name/Telefonnummer für Rücksprache _____

Befund an folgende Faxnummer _____

Material infektiös

nein

ja: _____

12 Standard Prostatabiopsien

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| I. 1a/p Rechts Basis medial | VII. 7a/p Links Basis medial |
| II. 2a/p Rechts Basis lateral | VIII. 8a/p Links Basis lateral |
| III. 3a/p Rechts Mitte medial | IX. 9a/p Links Mitte medial |
| IV. 4a/p Rechts Mitte lateral | X. 10a/p Links Mitte lateral |
| V. 5a/p Rechts Apex medial | XI. 11a/p Links Apex medial |
| VI. 6a/p Rechts Apex lateral | XII. 12a/p Links Apex lateral |

Sättigungs Prostatabiopsie

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| I. Basis median rechts | VII. Basis median links |
| II. Mitte median rechts | VIII. Mitte median links |
| III. Apex median rechts | IX. Apex median links |
| IV. Peripher rechts (2 PE's) | X. Peripher links (2 PE's) |
| V. Anterior rechts | XI. Anterior links |
| VI. TZ rechts | XII. TZ links |

PSA-Wert _____ ng/ml

MRT-Fusionierte Prostatabiopsie

TUR-Blase

TUR-Prostata

HoLEP

Sonstiges

Datum

Name/Unterschrift einsendende*r Ärztin/Arzt