

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Untersuchungsantrag

Prostata

Prof. Dr. R. Buslei
Prof. Dr. F. Kiesewetter
& Kollegium



Sozialstiftung Bamberg

Ärztliche Praxiszentren

MVZ am Bruderwald gGmbH
Praxis und Institut für Pathologie,
Neuropathologie, Molekulare
Diagnostik und Zytologie

Postfach 2420, 96015 Bamberg
Tel. 0951/503-13201
Fax. 0951/503-13209
Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

☐ ambulant ☐ Privat ☐ AOP
☐ stationär ☐ KVB ☐ BG
☐ PostB

Eingangsnummer (Feld bitte leer lassen)

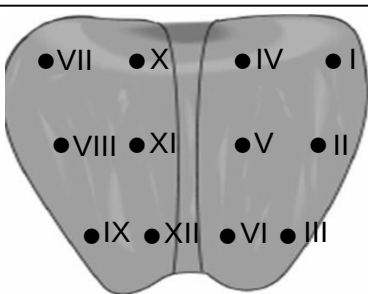
Voruntersuchungen? ☐ ja ☐ nein

PSA-Wert: _____

PSA-Quotient: _____

Prostata-Vol: _____ ml

Suspekt?
palp sono



Klinische Diagnose/
Fragestellung/
Besonderheiten:

LINKS:

Lateral:
(rote Kapsel)

I. Basal (LLB) _____

☐ ☐

II. Mitte (LLM) _____

☐ ☐

III. Apikal (LLA) _____

☐ ☐

Harnröhrennahe:
(gelbe Kapsel)

IV. Basal (LHB) _____

☐ ☐

V. Mitte (LHM) _____

☐ ☐

VI. Apikal (LHA) _____

☐ ☐

RECHTS:

Lateral:
(grüne Kapsel)

VII. Basal (RLB) _____

☐ ☐

VIII. Mitte (RLM) _____

☐ ☐

IX. Apikal (RLA) _____

☐ ☐

Harnröhrennahe:
(graue Kapsel)

X. Basal (RHB) _____

☐ ☐

XI. Mitte (RHM) _____

☐ ☐

XII. Apikal (RHA) _____

☐ ☐

Sonstige
Lokalisation:
(orange Kapsel)

bitte Blatt wenden!

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

		Suspekt?	
		palp	sono
13.		☐	☐
14.		☐	☐
15.		☐	☐
16.		☐	☐
17.		☐	☐
18.		☐	☐
19.		☐	☐
20.		☐	☐