

<p>Begleitschein für Material zur histo. Begutachtung von Prostatastanzen</p> <p>Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.</p>	<p>Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke Institut für Pathologie Uniklinik RWTH Aachen 52074 Aachen Tel.: 0241 80-89708</p>	<p>Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH • D-52074 Aachen</p>
<p>Name des Patienten _____ Vorname _____ männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ selbst. Arzt <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Versicherten _____ Vorname _____</p> <p>PLZ _____ Wohnort _____ Straße _____</p>		<p>Bitte nicht ausfüllen!</p> <p>Biopsie <input type="checkbox"/> Polarisation <input type="checkbox"/></p>
<p>Privat versichert bei: _____ Wahlleistung priv. allg. Pflegekasse <input type="checkbox"/></p> <p>RVO-Versicherung Ersatzkasse: _____ ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/></p> <p>Mitglied Familie Rentner <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>(Bitte beide Blätter stempeln)</p> <p>Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes _____</p> <p>Ort _____ Datum _____</p> <p>telefonisch erreichbar unter _____</p> <p>Station _____</p>

Probe	Lokalisation			Labor
	Basis dorsolateral			
	Basis dorsomedial			
	Basis ventrolateral			
	Basis ventromedial			
	Mitte dorsolateral			
	Mitte dorsomedial			
	Mitte ventrolateral			
	Mitte ventromedial			
	Apex dorsolateral			
	Apex dorsomedial			
	Apex ventrolateral			
	Apex ventromedial			

PSA vor Biopsie: _____ ng/ml
 Re-Biopsien: _____ Nein Ja #1 #2 #3 #4

Volumen: _____ ml
 DRU: suspekt Ja Nein

Fragestellung: Prostatakarzinom? MRT Befund: Lok.

Bitte nicht ausfüllen!

Probeneingangsprüfung: _____

Nr.-Vergabe: _____

Biopsiebearbeitung _____

Fehlercode _____

Schnittausgabe an: _____

Ausgabe SS (Uhrzeit): _____

Pathologe SS:
 Uhrzeit: _____
 OABef.: _____
 Gesprächspartner: _____
 Durchsage: _____

Nur vom Pathologen auszufüllen!



Probe		Lokalisation		Labor	
	LINKS	Basis dorsolateral			
		Basis dorsomedial			
		Basis ventrolateral			
		Basis ventromedial			
		Mitte dorsolateral			
		Mitte dorsomedial			
		Mitte ventrolateral			
		Mitte ventromedial			
		Apex dorsolateral			
		Apex dorsomedial			
		Apex ventrolateral			
		Apex ventromedial			



Anlage 7 zur Verfahrensanweisung Identifikation...

<p>Begleitschein für Material zur histo. Begutachtung von Prostatastanzen</p> <p>Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.</p>	<p>Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke Institut für Pathologie Uniklinik RWTH Aachen 52074 Aachen Tel.: 0241 80-89708</p>	<p>Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH • D-52074 Aachen</p>
<p>Name des Patienten <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p> <p>Geburtsname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> selbst. Arzt <input type="checkbox"/></p> <p>Name des Versicherten <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Straße <input type="text"/></p>		<p>Bitte nicht ausfüllen!</p> <p>Biopsie <input type="checkbox"/> Polarisation <input type="checkbox"/></p>
<p>Privat versichert bei: <input type="text"/></p> <p>RVO-Versicherung <input type="text"/> Ersatzkasse: <input type="text"/></p> <p>Wahlleistung priv. allg. Pflegekasse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/></p> <p>Mitglied <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/></p>		<p>(Bitte beide Blätter stempeln)</p> <p><input type="text"/></p> <p>Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes</p> <p><input type="text"/></p> <p>Ort <input type="text"/> Datum <input type="text"/></p> <p>telefonisch erreichbar unter</p> <p><input type="text"/></p> <p>Station <input type="text"/></p>