



**UniversitätsSpital
Zürich**

Institut für Klinische Pathologie
Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich

www.klinische-pathologie.usz.ch

BIOPSIE

Annahme Tel. 044 255 25 29 / 25 32
Intern: Gegensprechanlage Nr. 2082
Sekretariat Tel. 044 255 25 11
pathologie@usz.ch

Prostata-Biopsie

Datum der Entnahme: _____

**Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie /
auswärtige Untersuchungen**

PSA: _____ ng/ml (Ratio: _____ %)

TRUS-Gesamtvolumen: _____ ml

TRUS-Adenomvolumen: _____ ml

Prostata-Tastbefund: _____

Anzahl früherer Prostata-Biopsien: _____ wann: _____

Fragestellung

HGPIN ASAP Karzinom: _____

(bei Karzinom bitte Angabe des Gleason score, Anzahl und Lokalisation der befallenen Stenzen sowie Anteil Karzinom pro befallener Stanze)

Bemerkungen (bei Studien auch Bezeichnung) _____

Nr.	Biopsieort	Barcode Pathologie	Nr.	Biopsieort	Barcode Pathologie
1	<input type="checkbox"/> apikal re medial		7	<input type="checkbox"/> apikal li medial	
2	<input type="checkbox"/> apikal re lateral		8	<input type="checkbox"/> apikal li lateral	
3	<input type="checkbox"/> Mitte re medial		9	<input type="checkbox"/> Mitte li medial	
4	<input type="checkbox"/> Mitte re lateral		10	<input type="checkbox"/> Mitte li lateral	
5	<input type="checkbox"/> basal re medial		11	<input type="checkbox"/> basal li medial	
6	<input type="checkbox"/> basal re lateral		12	<input type="checkbox"/> basal li lateral	

Patient

Pat.-Nr _____

Fall-Nr _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Wohnort _____

Geb.-Datum _____

männlich weiblich unbekannt

Rechnung an Patient Auftraggeber

Andere: _____

Name und Adresse des einsendenden Arztes/Spitals:

Institution _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Befundkopie an:

Institution _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

