

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.		Versicherten Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Untersuchungsantrag

Institut für Pathologie am Klinikum Minden
 Prof. Dr. med. habil U. Kellner
 Paul-Ehrlich-Straße 9
 32429 Minden
 Tel.: 0571/790-4720
 Fax: 0571/790-29 4701
 E-Mail: Pathologie@muehlenkreiskliniken.de



Klinik/Praxis: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

Ambulant Selbstzahler AO*

*Ambulate Operation

Abr.	Laboraufkleber
	Eingang
Färbungen	Ausgang

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Antrag auf pathologisch-histologische Begutachtung

Biopsiedatum: _____

PSA: _____

Sono: links: _____
 rechts: _____

Tastbefund: _____

<p>1 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Basis links lateral _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>6 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Basis rechts lateral _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>
<p>2 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Mitte links lateral _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>7 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Mitte rechts lateral _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>
<p>3 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Mitte links medial _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>8 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Mitte rechts medial _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>
<p>4 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Apex links _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>9 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Apex rechts _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>
<p>5 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Transitionalzone links _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>10 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Transitionalzone rechts _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>
<p>11 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Lokalisation: _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>		<p>12 <input type="checkbox"/> Länge gesamt _____ mm Lokalisation: _____ mm HGPIN _____ ASAP _____</p>

Diagnose: _____

Gleason Score: Links: + = rechts: + =
 ISUP Risiko-Gruppe: _____ (1 = beste, 5 schlechteste Gruppe)

Kontrolle

Unterschrift - Pathologie