

Institut für Pathologie

Prof. Dr. Udo Kellner Tel.: 0571/790 4720

Hans-Nolte Strasse 1 Fax: 0571/790 29 4701

32457 Minden

E-Mail: Pathologie@klinikum-minden.de

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

Klinik/Praxis: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

Ambulant Selbstzahler AO*

*Ambulante Operation

Färbungen	Abr.	Laboraufkleber
	Eingang	
		Ausgang

Antrag auf pathologisch-histologische Begutachtung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

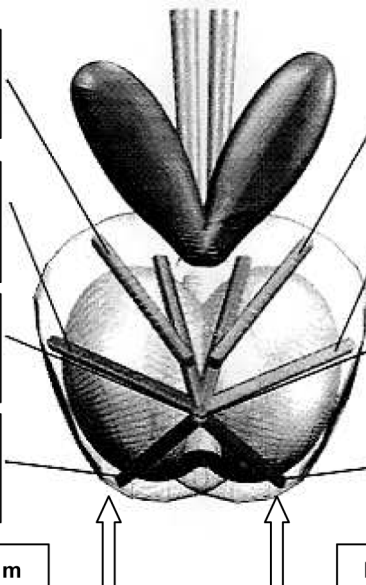
Biopsiedatum: _____

PSA: _____

Sono: links: _____

rechts: _____

Tastbefund: _____

1	Länge gesamt _____ mm Basis links lateral _____ % HGPIN _____ ASAP _____		6
2	Länge gesamt _____ mm Mitte links lateral _____ % HGPIN _____ ASAP _____		7
3	Länge gesamt _____ mm Mitte links medial _____ % HGPIN _____ ASAP _____		8
4	Länge gesamt _____ mm Apex links _____ % HGPIN _____ ASAP _____		9
5	Länge gesamt _____ mm Transitionalzone links _____ % HGPIN _____ ASAP _____		10

Diagnose: _____

Gleason Score Links: + = rechts: + =

Empfehlung nach S3 Leitlinie für das Prostatakarzinom:

Wiedervorstellung nach 12 Monaten

Rebiopsie innerhalb von 6 Monaten

Behandlung

Unterschrift - Pathologie