

Geltungsbereich: Pathologie	Formular Untersuchungsantrag Urologie	Klinikverbund Südwest ID-Nummer: D2651
Institut für Pathologie MVZ Böblingen Bunsenstr. 120 71032 Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska pathologie@klinikverbund-suedwest.de	Telefonnr. 07031 / 668-22588 oder -22597 Faxnr. 07031 / 668-22894

Einsenderadresse
< Anrede >
< Vorname > < Nachname >
< Abteilung >
Station:
< Strasse - Haus-Nr.>
<PLZ> < Ort >

Patientendaten <small>(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)</small>
Ambulant <input type="checkbox"/> Ü-Schein <input type="checkbox"/> ASV <input type="checkbox"/> AOP <input type="checkbox"/> Privat
Stationär <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat

Anamnese / Fragestellung

Vorbefunde

Art des übersandten Materials <small>(bitte ankreuzen)</small>			
Seitenangabe: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links			
<input type="checkbox"/> Prostata spä ne	<input type="checkbox"/> Hoden	<input type="checkbox"/> Radikale Prostatektomie	<input type="checkbox"/> Nephrektomie
<input type="checkbox"/> Blasen spä ne	<input type="checkbox"/> Nebenhoden	<input type="checkbox"/> Zystektomie	<input type="checkbox"/> Nierenteilresektat
<input type="checkbox"/> Prostata en ukleat	<input type="checkbox"/> Samenleiter	<input type="checkbox"/> Skrotum	<input type="checkbox"/> Harnröhre
<input type="checkbox"/> SCHNELLSCHNITT			<input type="checkbox"/> Anderes:

Entnahmelokalisation	Entnahmedatum:	Nachresektate:
Gef 1		1: Harnröhre apicoventral (12 Uhr) 2: Harnröhre rechts (3 Uhr) 3: Harnröhre apicodorsal (6 Uhr) 4: Harnröhre links (9 Uhr) 5: Plexus (supraapikal) 6: Blasen hals ventrobasal 7: Blasen hals dorsobasal 8: Gefäß ner venbündel apikal rechts 9: Gefäß ner venbündel basal rechts 10: Gefäß ner venbündel apikal links 11: Gefäß ner venbündel basal links
Gef 2		
Gef 3		
Gef 4		
Gef 5		
Gef 6		
Gef 7		
Gef 8		
Gef 9		
Gef 10		
Gef 11		
Gef 12		

Einsendender Arzt / Ärztin: _____ **Datum/Unterschrift:** _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____