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. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska
E. Gins, Dr. A. Pogrebniak, E. Nordhausen

Telefonnr. 07031 / 668-22588
oder -22597
Faxnr. 07031 / 668-22894
pathologie@klinikverbund-suedwest.de

Einsenderadresse

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant ☐ Ü-Schein ☐ ASV ☐ AOP ☐ Privat

Stationär ☐ Kasse ☐ Privat

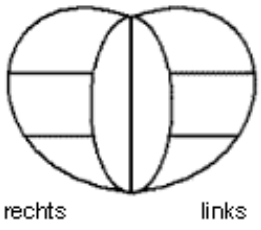
Anamnese / Fragestellung

Vorbefunde

Art des übersandten Materials (bitte ankreuzen)

Seitenangabe: ☐ rechts ☐ links

☐ Prostataspäne	☐ Hoden	☐ Radikale Prostatektomie	☐ Nephrektomie
☐ Blasenspäne	☐ Nebenhoden	☐ Zystektomie	☐ Nierenteilresektat
☐ Prostataenukleat	☐ Samenleiter	☐ Skrotum	☐ Harnröhre
☐ **SCHNELLSCHNITT**			☐ 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: Blasenhals ventrobasal 7: Blasenhals dorsobasal 8: Gefäßnervenbündel apikal rechts 9: Gefäßnervenbündel basal rechts 10: Gefäßnervenbündel apikal links 11: Gefäßnervenbündel 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: _____