



Auftragsschein UROLOGIE

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Geschlecht W M

Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Kopie(n) an:

Einsendender Arzt

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Zytologie

Blasenspülung

Ureterspülung re li

Urin

Prostatastanziopsien (Anzahl)

___ RECHTS () ___ LINKS ()

___ Basal () ___ Basal ()

___ Mitte () ___ Mitte ()

___ Apikal () ___ Apikal ()

Klinische Angaben

Entnahmedatum_____

Z.n.

Radiotherapie

Chemotherapie

Hormontherapie

Anderes:

PSA

Tastbefund/Bildgebung