



## Auftragschein UROLOGIE

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Geschlecht  W  M

Versicherung:

Patienten ID:

Vers.-Nr:

Rechnung an:  Patient  Kr.K.  Spital  Andere

Kopie(n) an:

Einsendender Arzt

PDF-UroE.pdf - V:1.3 - 03.09.2020

### Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

### Zytologie

Blasenspülung

Ureterspülung  re  li

Urin

### Prostatastanzbiopsien (Anzahl)

\_\_\_ RECHTS ( )      \_\_\_ LINKS ( )

\_\_\_ Basal ( )      \_\_\_ Basal ( )

\_\_\_ Mitte ( )      \_\_\_ Mitte ( )

\_\_\_ Apikal ( )      \_\_\_ Apikal ( )

### Klinische Angaben

Z.n.

Radiotherapie

Chemotherapie

Hormontherapie

Anderes:

PSA

Tastbefund/Bildgebung

Entnahmedatum \_\_\_\_\_