

Anmeldung für Primär-Staging bei Prostatakarzinom per Fax an 0341 91998-187



**ZRN
LEIPZIG**

Zentrum für Radiologie
und Nuklearmedizin

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Datum der Biopsie _____

Tumorfiltrate rechts links beidseits

Gleason-Score _____

PSA-Wert _____ vom _____

Hormontherapie ja nein

Zentrum für Prostata-Diagnostik

Johannisplatz 1
04103 Leipzig
www.zrn-leipzig.de

Tel. 0341 91998-115
Fax 0341 91998-187
terminanfrage@zrn-leipzig.de

Gewünschte Untersuchungen

MRT Becken / Retroperitoneum

CT Abdomen (wenn MRT kontraindiziert, z.B. Herzschrittmacher)

Kreatinin _____ TSH _____

Skelettszintigraphie

Röntgen-Thorax

Überweiser (Kontakt Daten für Rückfragen)

Praxis/Klinik

Ansprechpartner

Telefon

Fax

Datum

Unterschrift

Formular zurücksetzen

Formular speichern