



Antrag auf Begutachtung von Blut- und Knochenmarkpräparaten

Von Klinik auszufüllen

Klinik:	Privatpatient (Adresse):
Arzt/Station:	
Tel:	
Abrechnung mit Klinik: <input type="checkbox"/> Angehörige: <input type="checkbox"/>	
Ü-Schein/Krankenkasse	
Patientenname/Vorname:	M / W
Geb. Datum:	
Beruf (evtl. vor Pensionierung):	
Körpergewicht d. Pat.:	
Körpergröße d. Pat.:	

1. Material: _____ Datum/Uhrzeit Entnahme: _____

2. Lokalisation : _____

3. Klinische Diagnose: _____

4. Besondere Fragestellung: _____

5. Vorbefunde (Jahr/Nummer/Institut?): _____

- Milzvergrößerung? _____
- Lebervergrößerung? _____
- Lymphknotenvergrößerungen? J/ N _____ Seit wann? _____ Wie stark? _____
 Wo (Lokalisation)? _____

BSG:	Leukozyt.:	Thrombozyt.:	
Eryth:	Hb:	HbE:	Retis:
Diff.-BB am:	Stab.	Segm.:	Eosinoph:
	Basoph:	Lymphoz.:	Lymph. Reizf:
	Monoz.:	Vorstufen:	Blasten:
Serum-Fe:	Bil.ges.:	CRP	

Elektrophorese			
Immunelektrophorese			
Monoklonale Gammop.		Nikotin:	Alkohol
Medikamentenabusus?		Welcher?	

Sonstige Befunde: _____