

Institut für Pathologie Telefonnr. 07031 / 668-22588 MVZ Böblingen	Dr. med. I. Dostler Dr. med. P. Rieping
---	--

Einsenderadresse

< Anrede >

< Vorname > < Nachname >

< Abteilung >

Station:

< Strasse - Haus-Nr.>

<PLZ> < Ort >

Patientendaten (bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant	<input type="checkbox"/> Ü-Schein	<input type="checkbox"/> ASV
	<input type="checkbox"/> AOP	<input type="checkbox"/> Privat

Stationär	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Privat
------------------	--------------------------------	---------------------------------

- Knochenmarkbiopsien
- Knochenmarkausstriche
- Blutausstriche
- Lymphknoten

Klinische Verdachtsdiagnose

Blutwerte

Leuko _____

Ery _____

Hb _____

Hk _____

MCV _____

Thrombo _____

Fe _____

LDH _____

γ-GT _____

Haptoglobin _____

Klinische Symptomatik

Lymphknotenvergrößerung

Hepatomegalie

Splenomegalie

Paraproteinämie

kappa

lambda

Andere Symptomatik: _____

Dauer der Symptomatik: _____

Chemotherapie ja nein

Zytokintherapie ja nein

KMT/SZT ja nein

Entnahmezeitpunkt: _____

Einsendender Arzt / Ärztin: _____

Datum / Unterschrift: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____