

Geltungsbereich:
Pathologie

Formular
Untersuchungsantrag Hämatopathologie

 **Klinikverbund
Südwest**
ID-Nummer: D2654

**Institut für Pathologie
MVZ Böblingen**
Bunsenstr. 120
71032 Böblingen

Dr. med. I. Dostler
Dr. med. (Univ. Skopje) T. Tashkova Kirkovska
E. Gins, Dr. A. Pogrebniak, E. Nordhausen

**Telefonnr. 07031 / 668-22588
oder -22597**
Faxnr. 07031 / 668-22894
pathologie@klinikverbund-suedwest.de

Einsenderadresse

< Anrede >
< Vorname > < Nachname >
< Abteilung >
Station:

< Strasse - Haus-Nr.>
<PLZ> < Ort >

Patientendaten

(bitte Patientenaufkleber verwenden, falls zur Hand)

Ambulant Ü-Schein ASV
 AOP Privat
Stationär Kasse 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: _____
Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum / Unterschrift: _____