



Post	Kapsel	
Datum		
Unterschrift und Stempel des einsendenden Arztes		
Eingangsnummer		

Adrema oder Etikett des Patienten, bzw. Name, Vorname, Geburtsdatum, Station – bei ambulanten Patienten Krankenkasse

Pathologie Ko.-St. 9280

Stationär/Allg. Klasse: ja nein

Stationär/Wahlleistungspatient

Rechnung an Patienten: ja nein

Ambulant

Ü-Schein liegt bei: ja nein

Ambulant

Rechnung an Patienten: ja ne

Antrag zur histologischen/zytologischen Knochenmarks-Begutachtung

an das Pathologische Institut am Klinikum Fürth, Jakob-Henle-Str. 1, 90766 Fürth

Ärztliche Leitung Pathologisches Institut

Tel.: 0911 7580 1380

Chefarzt PD Dr. med. Andreas H. Marx

Fax: 0911 7580 1892

Material:

- 1.
- 2.

Klinische Diagnose und Fragestellung:

Splenomegalie: ja nein; Hepatomegalie: ja nein; Lymphknotenvergrößerung: ja nein

Sonstiges: _____

Chemotherapie: nein ja, welche? seit wann? Medikamente?

Bei Remissionskontrolle nach Therapie klinisch Resttumornachweis: nein ja, _____

Bei Verdacht auf Plasmazellneoplasie monoklonale Gammopathie: nein ja, _____

Laborbefunde vom:

Peripheren Blut:

Hb: ___ g/dlHK: ___% Ery: ___ Mill./µl Retikulozyten: ___% MCV: ___ fl MHC: ___ pg

Leuko: ___ 1000 pro µl Thrombo: ___ 1000 pro µl Mono: ___ 1000 pro µl

Differentialblutbild:

Neutrophile: Stab ___%, Segm _____%, Eos ___%, Baso ___%

Lymphozyten: ___%, Monozyten: ___%

Labordaten Anämie:

LDH: ___ U/l, Eisen i.S.: ___ µmol/l, Ferritin: ___ µg/l, Folsäure: ___ nmol/l, Vit.B12: ___ pmol/l

Sonstige krankheitsrelevante Laborparameter: _____

Durchflußzytometrie: nein ja, _____

Genetischen Analyse: nein ja, _____

Ausstrichpräparate: nein ja, _____