



## 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	
<b>Patientenname/Vorname:</b>	<b>M / W</b>
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: \_\_\_\_\_