

Histologie Knochenmark

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen
<div>Geburtsdatum T T M M J J <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> <div>Geschlecht M W <div><div></div><div></div></div></div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
---	--	---

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere:
Fragestellung: _____ _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Lokalisation: 1)	Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie
2)	<input type="checkbox"/> Biopsie
3)	<input type="checkbox"/> Biopsie

Datum der Entnahme:**Stempel, Name und Telefon-Nr.**
des einsendenden Arztes**Bitte Rückseite beachten!**1000759 11.2025
HI.FO.034 V1.0

Klinik:

Lebergrösse und -konsistenz:

Milzgrösse und -konsistenz:

Lymphknoten vergrössert? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wo?

Labor:

Hämatokrit: l/l x 10⁻²Hämoglobin: g/l

Erythrozyten: 10¹²/lThrombozyten: 10⁹/l

BSG:

Paraproteinämie ☐ nicht best. ☐ negativ ☐ positiv

☐ Typ:

Knochenmarks-Zytologie: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, wo?

Befund (Flowzytometrie falls vorhanden):

Differentialblutbild:

Leukozyten: 10⁹/l

davon x 10⁻²

Neutrophile Stabkernige:

Neutrophile Segmentkernige:

Eosinophile:

Basophile:

Monozyten:

Lymphozyten:

Plasmazellen:

Vorstufen:

Therapie: