

Histologie Knochenmark

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben **in Blockschrift** ausfüllen oder **besser Barcode** aufkleben)

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J

Geschlecht

M	W

Bitte freilassen

Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)

Rechnung an:

- Versicherung IV/SUVA
- Auftraggeber (amb./stat. Pauschale)
- Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)

Versicherungsdetails:

- Vorsorge Schwangerschaft
- KK/Vers.: _____
- Police-Nr.: _____

Telefonische Befundmitteilung erwünscht

Tel.: _____

Kopie(n) an:

Klinische Angaben:

Bisherige Therapien:

- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Andere: _____

Fragestellung:

Vorbefunde:

- Pathologie KSSG
- extern (Kopie beilegen)

Lokalisation:

1)

Art des Materials:

- Biopsie

2)

- Biopsie

3)

- 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 $\times 10^{-2}$ Hämoglobin: g/l

Erythrozyten: $10^{12}/l$ Thrombozyten: $10^9/l$

BSG:

Paraproteinämie nicht best. negativ positiv

Typ:

Knochenmarks-Zytologie: ja nein

wenn ja, wo?

Befund (Flowzytometrie falls vorhanden):

Differentialblutbild:

Leukozyten: $10^9/l$

davon $\times 10^{-2}$

Neutrophile Stabkernige:

Neutrophile Segmentkernige:

Eosinophile:

Basophile:

Monozyten:

Lymphozyten:

Plasmazellen:

Vorstufen:

Therapie: