

# Untersuchungsauftrag für Knochenmarkbiopsien



**Dr. med. B. Bier**  
**Priv.-Doz. Dr. med. E. Eitze**  
**FA K. Emrich**  
**Dr. med. C. Heinrich\***  
**Prof. Dr. med. W. Püschel\***

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Institut für Pathologie Saarbrücken-Rastpfuhl

Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie  
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie  
 \*Angestellter Arzt i.S.v. §32b Abs. II Ärzte-ZV  
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken  
 Telefon 06 81 / 99 27 110  
 Telefax 06 81 / 99 27 109  
 eMail: sekretariat@pathologie-saarbruecken.de  
 www.pathologie-saarbruecken.de

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

**Bitte unbedingt ausfüllen!**

**Entnahmedatum** .....

**Uhrzeit** .....

### Material

- KM-Stanze** (Beckenkammlsg.)  
 **KM-Ausstriche** (luftgetrocknet)  
 **Blut**

**Materialannahme**

**Zuschneide-Ass.**

**Ausgabe**

**Vorbefund** (H-Nr.) .....

**Klinische Diagnose** .....

- Fieber  ja  nein  
 Nachtschweiß  ja  nein  
 Gewichtsabnahme  ja  nein

- Zytostatika  ja  nein  
 Radiatio  ja  nein  
 Alkohol  ja  nein

relevante Medikamente..... relevante Begleiterkrankung.....

### Aktueller klinischer Befund

#### Organgrößen

Leber: ..... Milz: ..... Lymphknoten: .....

#### Radiologischer Befund

Röntgen / CT / MRT / Szintigramm: .....

Stempel (Einsender)

