

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)

Material

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

Bitte unbedingt ausfüllen!

Entnahmedatum

Uhrzeit

Vorbefund (H-Nr.)

Klinische Diagnose

Materialannahme	<input type="text"/>
Zuschneide-Ass.	<input type="text"/>
Ausgabe	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

- 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)

Datum / Unterschrift (Einsender)

Laborbefunde siehe Rückseite →