

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV
Name, Vorname des Versicherten					
					geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum		

Bitte nicht beschriften

Lymphomdiagnostik

Schon diagnostiziert?:	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Rezidiv	<input type="checkbox"/>
LK-Vergrößerung	ja	<input type="checkbox"/>	wo?		general.	<input type="checkbox"/>
Diagnose:					wann?	
Chemo-Therapie?					wann?	
Antikörper-Therapie?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		

Antrag zur Begutachtung von Blut, Knochenmark und Lymphknoten

Prof. Dr. H.- H. Wacker, Dr. J. Felgner, Dr. Wiebke Franz
Hämatopathologie
Postfach 3528, 24034 Kiel, Tel.: 0431/20009-00; Fax: -70

Weitere Anmerkungen:

**Bitte je 10 ungefärbte
Blut- und Knochenmarksausstriche einsenden!**

Untersuchungsgut:

Lokalisation:

Klinische Diagnose:

Milzvergrößerung? ja/nein

Lymphknotenvergr. ja/nein

BSG: Ery:

Leuko: Thrombo:

Hb: HbE:

Retikulocyten:

Ferritin: Bil.ges.:

dir.: indir.:

Monoklonale Gammopathie:

Medikamente?

Welche?

Bereits untersucht unter unserer E-Nr.

Benachrichtigung erwünscht?

Telefon:

Fax:

Diff. BB am:
Stab.....
Segment.....
Eos.....
Baso.....
Lympho.....
Monozyt.....
lymph.Reizf
Metamyeloc.....
Myeloc.....
Promyeloc.....
Blasten.....

_____, den

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes