

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname, Adresse des Versicherten Geschlecht
m w
geb. am
GK-gültig bis

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kostenträger
Ambulant Stationär Wahlleistung KV(Schein)



Komturstraße 58-62
12099 Berlin

Antrag auf Histo- / zyto- und immunhistologische Begutachtung

Fixierung: 4% phosphatgepuffertes Formalin

Absender (bitte mit Stempel einsetzen)

Telefon: +49(30) 2360 842 10 • Fax: +49(30) 2360 842 19 • E-Mail: info@pathodiagnostik.de • www.pathodiagnostik.de

Art des Untersuchungsmaterials:

- | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--|
| Knochenmarkstanze | <input type="checkbox"/> in Fixativ | <input type="checkbox"/> Paraffinblock |
| Knochenmark | <input type="checkbox"/> Aspirat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gefärbte/ungefärbte Ausstriche |
| Peripheres Blut | <input type="checkbox"/> Aspirat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gefärbte/ungefärbte Ausstriche |
| Lymphknoten | <input type="checkbox"/> in Fixativ | <input type="checkbox"/> Paraffinblock |
| Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> in Fixativ | <input type="checkbox"/> Paraffinblock |

Makroskopie

Frühere Befunde (Nr. und Datum):

Labordaten:

Hb: _____ Hct: _____ MCV: _____ MCHC: _____ Retik.: _____ Plt: _____ Leuko: _____ Mono: _____
 Neutr.: _____ Baso: _____ Lymph: _____ Blasten: _____ Vit. B12: _____ Folsäure: _____ Sonstige: _____

Molekulargenetik (JAK2-V617F, BCR-ABL, Sonst.): _____ Klonalitätsanalyse: _____

Bitte legen Sie die Befund- und Labordaten bei. Bei KM ist das Blutbild immer erforderlich.

Sonstige klinische Daten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung | <input type="checkbox"/> B-Symptome: _____ |
| <input type="checkbox"/> Splenomegalie | <input type="checkbox"/> Chemotherapie: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalie | <input type="checkbox"/> Wachstumsfaktor: _____ |
| <input type="checkbox"/> Haut/Schleimhautläsion | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie: _____ |

Sonstige Behandlungen:

Klinische Fragestellung:

Zusätzliche Befundübermittlung erwünscht an:

Eingangsnummer: _____

Eingangsdatum: _____

Datum, Unterschrift (Stempel)