

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

- Ambulant** **Stationär** **Amb OP**
 Privatpatient

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
 ⇒ Campus Kiel ⇒ **Sektion Hämatopathologie und Lymphknotenregister**
 ⇒ Institut für Pathologie
 ⇒ **Haus 14**
 Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel
 Postfach 4429, 24043 Kiel
 Komm. Leitung **PD Dr. W. Klapper**
Befundauskunft: ☎ (04 31) 5 97- 34 25
Fax: (04 31) 5 97- 41 29

**UK
SH**

Bitte freilassen

HÄMATOPATHOLOGIE und LYMPHKNOTENREGISTER

Antrag zur histologischen Begutachtung / Molekularpathologischen Untersuchung

Art des Untersuchungsgutes und Lokalisation:

Blutausstriche Knochenmarksausstriche
 Beckenkammtrepanat
 Lymphknoten Lokalisation: _____
 Tumor Lokalisation: _____
 EDTA Blut / Knochenmark
Entnahmedatum / -uhrzeit

Klinische Angaben und Verdachtsdiagnose:

1

Lymphadenopathie
 Splenomegalie
 B-Syptomatik
 Paraprotein
 Z.n. Chemotherapie
 relevante Medikamente (z.B. G-CSF, anti-CD20, Immunsuppressiva):

Labor	
Leukozyten	
Erythrozyten	
Hb	
Hk	
MCV	
MCH	
MCHC	
Thrombozyten	
Reticulozyten	
Segmentkernige	
Myeloische Vorstufen	
Eosinophile	
Basophile	
Monozyten	
Lymphozyten	
Blasten	
Eisen	
Ferritin	
CRP	
BSG	
Bilirubin	
LDH	

Besondere Untersuchungen gewünscht:

Voruntersuchung (unsere R-Nr. oder auswärtige Untersuchung):

Datum: _____ Unterschrift: _____
(bitte leserlich)

Telefon / Pieper: _____

Absenderstempel: (Durchschläge stempeln!)

- Begleitscheine erwünscht ? Versandmaterial erwünscht? Menge?