



Knochenmarkbiopsie

männlich weiblich

Einsender: (bitte Stempel)	Kopie an: (bitte Adresse angeben)
Telefon: Fax:	

Rechnung an: Einsender Patient (bitte Adresse angeben) Krankenkasse (bitte Adresse angeben)

Aufenthalt: ambulant stationär allgemein halbprivat privat

Frühere Untersuchungen: (Nr./Jahr/Institut, Befund)

Knochenbiopsie von: Becken Sternum

Datum der Entnahme:

Klinische Befunde:

Milzvergrößerung nein ja, ca.

Lebervergrößerung nein ja, ca.

Lymphadenopathien nein ja Lokalisation:

Laborwerte:

BSR CRP

LDH Gammopathie:

Serumeisen - monoklonal

Serum-Ferritin - polyklonal

Hämatologische Befunde: Bitte Blutbildausdruck mitgeben oder ausfüllen:

		Differential-Blutbild (%):	
Peripheres Blutbild:		Neutrophile	Patholog. Formen:
Hb	MCV	Stabkernige	Blasten
Hämatokrit	MCH	Segmentkernige	Promyelozyten
Erythrozyten	MCHC	Eosinophile	Myelozyten
Thrombozyten		Basophile	Metamyelozyten
Leukozyten	Reticulozyten	Lymphozyten	Erythroblasten
		Monozyten	

Anamnese/Klinische Diagnose:

Sonstige Befunde/Bemerkungen:

Durchgeführte zytostatische Therapie:

Fragestellung für die histol. Begutachtung:

Datum: Unterschrift: