

Flemmingstraße 2, 09116 Chemnitz
Tel. (0371) 333 33403
Fax (0371) 333 33440

Einsender/
Fachabteilung

TM

Sp Auf BA

Auftrags-Nr.

Eintragen, sonst keine
Bearbeitung möglich! ▲

Patienten-Etikett. Sonst unbedingt ausfüllen und markieren!

Name, Vorname _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Kostenträger _____
 Geb.-Datum männlich weiblich divers Station
 Fallnummer

Behandlungs-Art
 stationär
 teilstationär
 vorstationär
 nachstationär
 ambulant
 ambul. OP
 Begutacht.

Abrechnung
 privat
 Kassen (PK-EK)
 fremd. Einr.tg.
 Berufsgen.sch.

Abnahme
 Tag
 Monat
 Zeit

Unterschrift und Namensstempel

Diagnose / Fragestellung

Markieren!
 Sonst keine Bearbeitung!

Wichtige klinische Angaben:

Leber: _____ Milz: _____ Lymphknoten: _____ Infektanfälligkeit: _____

Bisherige systemische Therapie:

EDTA-Blut		EDTA-KM		Sondermaterial		Andere Untersuchungen (nach Anfrage)	
<input type="checkbox"/> 1	KBB (Ery, Hb, Hk, Leuko, Thrombo, Ery-indic.)	<input type="checkbox"/> 23	Knochenmarkdifferenz.*	Zellzahl		<input type="checkbox"/> 69	
<input type="checkbox"/> 2	GBB (KBB u. Leuko-differenz., Ery-morphol.)	<input type="checkbox"/> 24	Zytochemische Färbung	<input type="checkbox"/> 46		<input type="checkbox"/> 70	
<input type="checkbox"/> 3	KBB + Retikulozyten	<input type="checkbox"/> 25	Hämosiderin	<input type="checkbox"/> 47	Pleurapkt.	<input type="checkbox"/> 71	
<input type="checkbox"/> 4	GBB + Retikulozyten	<input type="checkbox"/> 26	Peroxidase	<input type="checkbox"/> 48	Aszitespkt.	<input type="checkbox"/> 72	
<input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 27		<input type="checkbox"/> 49	Gelenkpkt.	<input type="checkbox"/> 73	
<input type="checkbox"/> 6	Osmotische Resistenz	<input type="checkbox"/> 28		<input type="checkbox"/> 50	BAL	<input type="checkbox"/> 74	
<input type="checkbox"/> 7		<input type="checkbox"/> 29	Phänotypisierung*	<input type="checkbox"/> 51		<input type="checkbox"/> 75	
<input type="checkbox"/> 8		<input type="checkbox"/> 30	Leukämie	<input type="checkbox"/> 52	Differenzierung	<input type="checkbox"/> 76	
<input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> 31	Lymphom	<input type="checkbox"/> 53		<input type="checkbox"/> 77	
<input type="checkbox"/> 10	Malaria-Schnelltest	<input type="checkbox"/> 32		<input type="checkbox"/> 54	Pleurapkt.	<input type="checkbox"/> 78	
<input type="checkbox"/> 11	Malaria/Direktnachweis	<input type="checkbox"/> 33		<input type="checkbox"/> 55	Aszitespkt.	<input type="checkbox"/> 79	
<input type="checkbox"/> 12		<input type="checkbox"/> 34		<input type="checkbox"/> 56	Gelenkpkt.	<input type="checkbox"/> 80	
<input type="checkbox"/> 13	Zellulärer Immunstatus* (T-, B-, NK-, T-Helfer-, zyto- toxische T-Zellen)	<input type="checkbox"/> 35		<input type="checkbox"/> 57	Lymphknotenpkt.	<input type="checkbox"/> 81	
<input type="checkbox"/> 14		<input type="checkbox"/> 36		<input type="checkbox"/> 58	BAL	<input type="checkbox"/> 82	
<input type="checkbox"/> 15	PNH - Nachweis	<input type="checkbox"/> 37		<input type="checkbox"/> 59		<input type="checkbox"/> 83	
<input type="checkbox"/> 16		<input type="checkbox"/> 38		<input type="checkbox"/> 60		<input type="checkbox"/> 84	
<input type="checkbox"/> 17	CD34-Monitoring	<input type="checkbox"/> 39	Heparin-KM	<input type="checkbox"/> 61		<input type="checkbox"/> 85	
<input type="checkbox"/> 18		<input type="checkbox"/> 40		<input type="checkbox"/> 62		<input type="checkbox"/> 86	
<input type="checkbox"/> 19		<input type="checkbox"/> 41		<input type="checkbox"/> 63		<input type="checkbox"/> 87	
<input type="checkbox"/> 20		<input type="checkbox"/> 42		<input type="checkbox"/> 64	Lymphozytentypisierung	<input type="checkbox"/> 88	
<input type="checkbox"/> 21		<input type="checkbox"/> 43		<input type="checkbox"/> 65	BAL	<input type="checkbox"/> 89	
<input type="checkbox"/> 22		<input type="checkbox"/> 44		<input type="checkbox"/> 66		<input type="checkbox"/> 90	
		<input type="checkbox"/> 45		<input type="checkbox"/> 67		<input type="checkbox"/> 91	
				<input type="checkbox"/> 68		<input type="checkbox"/> 92	
						<input type="checkbox"/> 93	

* Für Fragestellung relevante Vorbefunde beifügen.

Telefonische Rücksprache unter: 0371 - 333 42556 / - 333 42690

Befund

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46