

↑ Bitte hier Patientendaten einkleben bzw. eintragen. ↑

- Privat Stationär Ambulant

Kassenärztlicher Überweisungsschein bitte beilegen bei ambulanten Patienten aus KV-ermächtigten Klinikambulanzen/Praxen.
 Bei **privat versicherten Patienten** bitte die Angabe der Versicherung und der Patientenadresse.

Auftragsformular Knochenmarkdiagnostik

Service für unsere Einsender!

Entnahme- und Versandmaterial sowie Probentransport bei:
 ISG Intermed Service GmbH & Co. KG · Spandauer Str. 24-26, 21502 Geesthacht
freecall 0800 0850-113 freefax 0800 0850-114

Praxisstempel / Tel. / Fax / Datum / Unterschrift

Kreuzen Sie bitte die gewünschten Analysen an!

- Zytomorphologie**
 Material: 6 - 8 ungefärbte Ausstrichpräparate oder 4 ml Knochenmark (Antikoagulans Citrat) sowie **zusätzlich 5 ml frisches peripheres EDTA-Blut** für die aktuelle vergleichende mikroskopische Begutachtung des peripheren Blutbilds.
- Typisierung von Leukämie-/Lymphomzellen, Durchflusszytometrie**
 Material: 5 ml Knochenmark und bei V.a. periphere Ausschwemmung 5 ml peripheres Blut (Antikoagulans EDTA)
- Histologie** (ggf. individueller Fremdversand nach Absprache; separates Formular)

Fragestellung bzw. Verdachtsdiagnose

Probenahme Datum Uhrzeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Akute Leukämie | <input type="checkbox"/> ALL | <input type="checkbox"/> AML |
| <input type="checkbox"/> Morbus Hodgkin | | |
| <input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom | <input type="checkbox"/> B-NHL | <input type="checkbox"/> T-NHL |
| <input type="checkbox"/> Multiples Myelom | | |
| <input type="checkbox"/> MDS | <input type="checkbox"/> MPS/CML | |
| <input type="checkbox"/> Toxische Schädigung | <input type="checkbox"/> Verlaufs-/ Remissionsbeurteilung | |

Sonstige: _____

Klinische Angaben

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Panzytopenie | <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Leukopenie | <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie |
| <input type="checkbox"/> Hepatomegalie | <input type="checkbox"/> Splenomegalie | | |

- Lymphknoten, ggf. genauere Angaben: _____
- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> B-Symptomatik | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Rezidivierende Infekte | <input type="checkbox"/> Paraproteinämie | | |
- Verlaufskontrolle, ggf. Staging: _____

Chemotherapie, ggf. genauere Angaben: _____

Medikamente: _____

Sonstige: _____

