

Schwerpunktpraxis für Hämatologie und Onkologie Magdeburg



Dr. med. Gerd Müller
 Dr. med. Hendrik Kröning
 PD Dr. med. Kathleen Jentsch-Ullrich
 Dr. Dagmar Tietze
 Dr. Christian Krogel

Tel.: (0391) 561 65 68
 Fax: (0391) 561 66 87,
 E-Mail: info@onkologie-magdeburg.de
 Internet: www.onkologie-magdeburg.de

Untersuchungsauftrag

Adresse: Dres. Müller, Kröning, Jentsch-Ullrich, Tietze, Krogel 39104 Magdeburg, Hasselbachplatz 2
 Materialannahme: Montags-Freitags (Freitags bis 11.00 Uhr), Versand möglichst per 24h-Express
 Zytomorphologie: 3 Knochenmark-/1 Blutausschicht, Immunphänotypisierung/Immunstatus: EDTA-Blut, Knochenmark-Heparin (4-5 ml)

Patientendaten					
Name, Vorname:		männlich <input type="checkbox"/>		weiblich <input type="checkbox"/>	
geb. am:		Krankenversicherung:			
Adresse:					
Diagnose/Verdacht:				Ja:	Nein:
Klinische Angaben:		Hepatosplenomegalie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstdiagnose?	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenschwellungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlauf?	<input type="checkbox"/>	Tumor/bulky disease?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortherapie:		B-Symptomatik?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbild					
Blutbild vom:		Einheit	Differenzialblutbild:		
Hämoglobin		mmol/ oder g/dl	Myeloblasten		Segmentkernige
Leukozyten		Gpt/l	Promyelozyten		Stabkernige
Thrombozyten		Gpt/l	Myelozyten		Monozyten
Hämatokrit		Quotient oder %	Metamyelozyten		Lymphozyten
MCV		fl oder μm^3	Eosinophile		Lymphoidzellen
MCH		fmol oder pg	Basophile		Blasten
Retikulozyten		%	Weitere:		
Material			Menge		
Knochenmark	<input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>	EDTA-Blut	<input type="checkbox"/>	ml
Blut	<input type="checkbox"/>		Knochenmark-Heparin	<input type="checkbox"/>	ml
Entnahmedatum:			Uhrzeit:		
Angeforderte Untersuchung					
Zytomorphologie		Immunphänotypisierung		Immunstatus <input type="checkbox"/>	
-Knochenmark	<input type="checkbox"/>	-NHL	<input type="checkbox"/>	AML	<input type="checkbox"/>
-Blutbild	<input type="checkbox"/>	-CLL	<input type="checkbox"/>	PNH	<input type="checkbox"/>
		-Haarzell-Leukämie	<input type="checkbox"/>	andere	
		-MM	<input type="checkbox"/>	(nach Absprache)	
Anfordernder Arzt					
Name:			Ort, Datum:		
Tel.:					
Rückruf?	<input type="checkbox"/>	Unterschrift:			

Stempel: