

Schwerpunktpraxis für Hämatologie und Onkologie Magdeburg



Dr. med. Gerd Müller
 Dr. med. Hendrik Kröning
 Prof. Dr. med. Kathleen Jentsch-Ullrich
 Dr. Dagmar Tietze
 Dr. Christian Krogel
 Otto-von-Guericke Strasse 110, 39104 Magdeburg

Tel.: (0391) 5096890
 Fax: (0391) 50968926,
 E-Mail: info@onkologie-magdeburg.de
 Internet: www.onkologie-magdeburg.de

Untersuchungsauftrag

Materialannahme: Montags-Freitags (Freitags bis 11.00 Uhr), Versand möglichst per 24h-Express
 Zytomorphologie: 3 Knochenmark-/1 Blutaussstrich, 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:						
Klinische Angaben:				Hepatosplenomegalie?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <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"/>
Vorthherapie:		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	Lymphoidzelle		
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"/>		PNH <input type="checkbox"/>		
-Blutbild <input type="checkbox"/>		-CLL <input type="checkbox"/>		AML/ALL <input type="checkbox"/>		
		-Haarzell-Leukämie <input type="checkbox"/>		T-NHL <input type="checkbox"/>		
		-MM <input type="checkbox"/>				
Anfordernder Arzt						
Name:			Ort, Datum:			
Tel.:						
Rückruf? <input type="checkbox"/>			Unterschrift:			

Stempel: