



Maria-Goeppert-Straße 9a 23562 Lübeck

Postfach 11 12 01 23521 Lübeck

Telefon 0451 / 580 840-0 Telefax 0451 / 580 840-17

info@haematopathologie-luebeck.de www.haematopathologie-luebeck.de

Name Versicherte/Versicherter	Vorname	geb. am	Antrag auf hämatopathologische Begutachtung
Ehegatte/Kind	Vorname	geb. am	
Arbeitgeber/Freiw./Rentnerin/Rentner			
Wohng. Patientin/Patient			Bitte freilassen
Abrechnung mit	Krankenhaus	Ambulant	
<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Chefärztliche Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> §116b	

Diagnose / Fragestellung _____

Zusatzanalysen

Molekulargenetik Durchflusszytometrie Zytogenetik

Material / Lokalisation _____

Bitte freilassen

Ausstriche vom Knochenmark: _____ vom peripheren Blut: _____

Hb _____ g/dl
 Leuko _____ /µl
 Thrombo _____ /µl
 MCV _____ MCH _____
 Ferritin _____
 Vit. B12 _____ Folat _____
 Retikuloz. _____ ‰
 RPI _____
 Seg. _____ %
 Eos. _____ %
 Baso. _____ %
 Lympho. _____ %
 Mono. _____ %
 Stab. _____ %
 Blasten _____ %

Monoklonale Gammopathie: ja / nein Typ: _____
 Lymphknotenvergrößerung ja / nein Wo? _____
 Milzvergrößerung ja / nein
 Lebervergrößerung ja / nein
 Alkoholabusus ja / nein
 Medikamente/Therapien: _____
 Sonstige wesentliche Erkrankungen/Befunde: _____
 Frühere Histologien? Nr.: _____ Wo? _____

EINSENDER (Stempel)

Station:
Telefon:

Bitte Patienteneinwilligung beifügen zur Datenweitergabe an Abrechnungsstelle!

Datum

Name (leserlich)

Unterschrift