

↑ 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: | | : | |

- Akute Leukämie ALL AML
- Morbus Hodgkin
- Non-Hodgkin-Lymphom B-NHL T-NHL
- Multiples Myelom
- MDS MPS/CML
- Toxische Schädigung Verlaufs-/ Remissionsbeurteilung

Sonstige: _____

Klinische Angaben

- Panzytopenie Anämie Leukopenie Thrombozytopenie
- Hepatomegalie Splenomegalie

Lymphknoten, ggf. genauere Angaben: _____

- B-Symptomatik Fieber Nachtschweiß Gewichtsverlust
- Rezidivierende Infekte Paraproteinämie

Verlaufskontrolle, ggf. Staging: _____

Chemotherapie, ggf. genauere Angaben: _____

Medikamente: _____

Sonstige: _____

