

↑ 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

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

Probenahme Datum

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

Uhrzeit

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

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: \_\_\_\_\_

