

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> Kurativ <input type="checkbox"/> Präventiv <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung						
Name, Vorname des Versicherten geb.am	<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen <input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchung <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center;"> <tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr> </table> AU bis	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	Auftrag (bitte auch wichtige Befunde / Medikation angeben) / Diagnose / Verdacht <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>						



Unritzstraße 21d, 09117 Chemnitz
Tel.: 0371 / 83 29 300, Fax: 0371 / 83 29 304

Eingang-Nr. (Pathologie) _____

Eingangsdatum: _____

Histologische Untersuchung von Knochenmark / Lymphknoten

Klinische Diagnose / Klinische Angaben / Fragestellung

Laborwerte vom: _____

Periphere Blutbefunde: Hb _____ (7,5 - 9,5) (mmol/l) Hk _____ (0,37 - 0,47) Ery _____ (4,4 - 5,9) (Tpt/l) Leuko _____ (3,8 - 9,8) (Gpt/l) Throm _____ (40 - 400) (Gpt/l) MCV _____ (80 - 100) (fl) MCH _____ (1,6 - 2,0) (fmol) MCHC _____ (18,5 - 21,5) (mmol/l)	Differentialblutbild: Neutrophile _____ Stab _____ (0 - 10) Seg _____ (36 - 84) Eos _____ (0 - 5) Baso _____ (0 - 1) Lympho _____ (20 - 42) Mono _____ (3 - 15) Pathologische Formen: _____	Labordaten Anämie: LDH _____ (5,2 - 10,3) (µkat/l) Eisen i.S. _____ (7,0 - 26,7) (µmol/l) Ferritin _____ (5 - 121) (µg/l) Bili ges. _____ (3 - 22) (µmol/l) Haptoglob _____ (0,34 - 2,0) (g/l) Folsäure _____ (2,8 - 17,0) (µg/l) Vit. B12 _____ (165 - 835) (pmol/l)
--	---	--

Weitere Labordaten: BSG _____ / _____ Paraproteinämie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein IgG (g/l) _____ (6,9 - 14) IgM (g/l) _____ (0,4 - 2,4) IgA (g/l) _____ (0,7 - 3,7)	Sonstige klinische Befunde: Milzvergrößerung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Lebervergrößerung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein LKS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B-Symptomatik <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Rückruf erbeten: ja: Tel.-Nr.: _____

Ort, Datum:

Praxisstempel / Unterschrift