

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Institut für Pathologie und Zytologie

Am Klinikum Deggendorf - Akadem. Lehrkrankenhaus
 Gemeinschaftspraxis
 Dr. med. W. Mohren - Dr. med R. Babic
 Dr. med. M. Rotter - Dr. med. B. Mohren
 Dr. en Medicina/UC F. Cruz Cordero
 Fachärzte für Pathologie
 94452 Deggendorf, Postfach 1230
 Telefon: 0991/30041 u. 0991/37089-0
 Telefax: 0991/31875
 e-mail: info@pathologie-deggendorf.de



Untersuchungs-Nr.:

Antrag auf Begutachtung von Blut-und Knochenmarkpräparaten sowie Lymphknoten

Privat: ja / nein ambulant: stationär:

1. Eingesandtes Material: _____
2. Lokalisation: _____
3. Klinische Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose: _____
4. Besondere Fragestellung: _____
5. Frühere histol. Einsendung: Nr. _____ Pathologie: _____
6. Teilnahme an Studie (ggf. Studien-Nr.): ? _____

Milzvergrößerung?	Lebervergrößerung?	Lymphknotenvergrößerung?
seit wann?		
wie ausgeprägt?		

BSG	Leuko	Thrombo	Ery
	Hb	HbE	Retis
Diff.-BB am:	Stab	Seg	Eos
	Baso	Lympho	Lymph. Reizf.
	Monoz.	Vorstufen	Blasten
Serum-Fe	Bil.ges.		

Elektrophorese	_____
Immunelektrophorese	_____
Monoklonale	_____
Gammaop.	_____
Medikamentenabusus?	_____ welcher? _____
Sonst. wesentliches	_____
Befunde	_____
Immunstörung	_____
Transplantation	_____

Einsender (Stempel)

Unterschrift des Arztes