

UNTERSUCHUNGSANTRAG FÜR DIE HÄMATOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

Einsendender Arzt (Stempel)

**An die Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Olaf Holotiuk
Dr. med. Barbara Zuber
Dr. med. Steffen Kellermann
Fachärzte für Pathologie
Industriestr. 37
01129 Dresden
Tel: 8589985 Fax: 8589986**

Dresden, den

UNTERSUCHUNGSGUT / KLIN. ANGABEN

LEBER

Bilirubin dir	ind	ASAT	ALAT	γ -GT	Cu	Fe
Alk. Phosphatase					Ges-Eiweiß	
Elektrophorese	Alb :	Globuline :	α_1	α_2	β	γ
Sonstiges (AK, Ag, etc.)						

KNOCHENMARKSPRÄPARATE - LYMPHKNOTEN - MILZ

Blutbild (Datum):	Ery:	Hb:	Retl:	Leuko:	Hk:	Thrombo:
Differentialblutbild:	Stabk:	Segm:	Ly:	Eos:	Baso:	Mono:
Lymphknotenvergrößerung ? (Wo ? Welcher Art ?)						
Milzvergrößerung (Wie stark ?)						
Röntgenolog. Skelettveränderung ? (Wo ? Welcher Art ?)						

VORBEFUNDE (bitte ausfüllen, soweit bekannt)

Nr.	Jahr:	Organ:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Organ:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Organ:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nr.	Jahr:	Organ:	Maligne : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei **konsiliarischer Gewebentnahme** bitte **Befundkopie** schicken an:

Station :

Arzt:

Datum

Unterschrift des Arztes

Achtung: Gewebeproben (außer Schnellschnitte) müssen in 4%ig gepuffertem Formalin aufbewahrt werden.
Gefäße bitte immer fest verschließen!

Pathologie