

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Knochenmarksbiopsie

Kopie an:

Datum und Uhrzeit der Entnahme:

Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

(leer lassen)

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Peripheres Blutbild:

Leukozyten: /mm³

Thrombozyten: /mm³

Erythrozyten: /mm³

Hämoglobin: /g%

BSG/CRP:

Hämatokrit: /%

MCV: /fl

Differentialblutbild:

„Blasten“:

Stabkernige:

Segmentkernige:

Eosinophile:

Basophile:

Monozyten:

Lymphozyten:

Anderes:

Knochenmarkszytologie:

Alk. Leuko-Phosphatase: normal erhöht erniedrigt nicht bestimmt

Philadelphia-Chromosome: negativ positiv nicht bestimmt

Lymphome: nein ja wenn ja, wo:

Hepatomegalie: nein ja

Paraproteine: negativ positiv nicht bestimmt Typ:

Splenomegalie: nein ja

Durchgeführte Therapien (Zytostatika, Kortison, Bestrahlung, anderes):