

Begleitschein für Material zur hämatopathologischen Begutachtung

Bitte vollständig ausfüllen! Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.

Gesundheit Nordhessen
Klinikum Kassel

Gesundheit Nordhessen
MVZ - Medizinisches Versorgungszentrum

Name des Patienten Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Name des Versicherten Vorname

PLZ Wohnort Straße

männlich weiblich

- ambulantly Belegarzt Privat
- stationär Wahlleistung Sonstige
- AOP § 116 ISEL

Schnellschnitt Eilt

Telefon-Nr. (unbedingt angeben):

Institut für Pathologie / FB Pathologie

4233750

Prof. Dr. med. Irina Berger
Allgemeine und Spezielle Pathologie
Neuropathologie
Mönchebergstrasse 41-43
34125 Kassel

http://www.gesundheit-nordhessen.de

Befundabfrage: (0561) 980 - 3207
Sekretariat: (0561) 980 - 4001
Fax: (0561) 980 - 6983
Histologielaor: (0561) 980 - 3218

Einsender:

Bitte Stempel!

[Empty box for stamp]

Leserlicher Name des einlegendenden Arztes

Telefon: _____

Unterschrift des einlegendenden Arztes

Art des Untersuchungsmaterials:

Datum der Entnahme:

Klinische Befunde:

Milz vergrößert: ja / nein
Leber vergrößert: ja / nein
Lymphknoten vergrößert: ja / nein
Lokalisation:

Laborwerte:

Hb: MCV:

Ery: Blasten:
HKT: Promyelozyten:
Leukocyten: Myelozyten:
Thrombocyten: Jugendliche:
BSG: Segmentkernige:
Serum-Fe: Eosinophile:
Ferritin: Basophile:

Retikulozyten: Lymphozyten:

Fe-Bindungs-Kap.: Monozyten:

ALP: Vit.B12: undiff. Zellen:

Monoklonale Gammopathie: ja / nein Typ:

Klinische Diagnose und Fragestellung:

Nummer früherer Untersuchungen:

**Wird vom Institut / FB ausgefüllt
Qualitätssicherung**

UN	PAS	Pol
BZ	Fe	IHC
Entkalkt	Gie	Mol
sägen	EVG	
Mat	LU Flö	Foto
TU	LP Flö	TM
AR	LK Flö	AZ
MM	BK Flö	Stufen

Abgestempelt
Mat.-Beschr.
Zuschneider / Ass
Eingekapselt
Schieben