

Universitätsklinikum Freiburg  
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Päd. Hämatologie u. Onkologie  
 Prof. Dr. C. Niemeyer  
 Mathildenstr.1, 79106 Freiburg  
 Tel: 0761 / 270 -46170 Labor: -45150 Fax: -46230  
 Email: ewog-mds@uniklinik-freiburg.de

*Bitte hier aufkleben:*  
 Patientenetikett mit Namen, Geburtsdatum,  
 Krankenkasse, Hauptversichertem,  
 Versicherungsnummer und Status  
  
 (Alternativ bitte Laborüberweisungsschein für externe  
 Untersuchungen mit den benötigten Angaben beilegen. Die  
 Versicherungsdaten werden für die Abrechnung der  
 Referenzleistung benötigt.)

**Klinische Angaben, (Verdachts-) Diagnose:**

**Klinische Befunde**

- Milzvergrößerung  Ja  Nein
- Lebervergrößerung  Ja  Nein
- Lymphknotenvergr.  Ja  Nein
- Hepatitis  Ja  Nein

**Bisherige / aktuelle Therapie** \_\_\_\_\_

- Transfusionen in den letzten 4 Wochen**  Nein  
 Ja:  Erythrozyten  Thrombozyten

Blutbild	Bei KMP	Bei Blutentnahme
Datum	(tt.mm.jj)	(tt.mm.jj)
Leukozyten (10 <sup>9</sup> /l)		
HB (bitte Einheitenangabe) <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l		
Erythrozyten (10 <sup>12</sup> /l)		
MCV (fl)		
Retikulozyten (‰)		
Thrombozyten (10 <sup>9</sup> /l)		

<b>Material</b>	Datum (tt.mm.jj):		Datum (tt.mm.jj):	
<input type="checkbox"/> hep. KM (2-3 ml)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> KM-Ausstriche (10 A.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Haarwurzeln (10-15)	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> hep. Blut (5-10 ml)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fibroblasten/ Hautbiopsie	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Blutausstriche (10 A.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Mundschleimhaut	<input type="text"/>	

Einsendende Klinik (Stempel/Eingabe)

Name: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen, Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift