

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

Antrag auf pathologische Begutachtung

(mit Einverständnis des Patienten)

Zentrum für Pathologie Allgäu (ZfPA)
Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Kempten
PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen
 Postfach 2122, 87411 Kempten Tel. 0831 530-2180
 Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten Fax 0831 530-2170
 E-Mail: pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de
 www.patho-kempten.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Dieser Anforderungsbogen ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten.

Ambulant Privat Stationär

Hämatopathologie – Knochenmark

Art des Untersuchungsgutes: Beckenkammtrepanat Ausstrich KM Ausstrich Blut

Klinische Befunde

Milzvergrößerung: nein / ja , ca. cm _____
 Lebervergrößerung: nein / ja , ca. cm _____
 Lymphknotenvergrößerung: nein / ja , Lokalisation _____

Laborwerte

Serumeisen: _____ Serum-Ferritin: _____
 MCV: _____ LDH: _____
 Monoklonale Gammopathie: nein / ja Typ: _____

Blutbild (bitte Laborausdruck beifügen)

Hb: _____
 Hämatokrit: _____
 Erythrozyten: _____
 MCV: _____
 Leukozyten: _____
 Thrombozyten: _____

Differentialblutbild (%)

Neutrophile segmentkernige: _____ Neutrophile stabkernige: _____
 Eosinophile: _____ Basophile: _____
 Monozyten: _____ Lymphozyten: _____
 Metamyelozyten: _____ Myelozyten: _____
 Promyelozyten: _____ Myeloblasten: _____
 Erythroblasten: _____

Sonstige Befunde / Bemerkungen (z. B. Medikamentenanamnese, Vorerkrankungen, etc.)

Klinische Diagnose

Klinische Fragestellung

00	02	15	15C	52	310	312	319	320

Aus	Ein	Zu	Bei	()	St	P	Ret	G	NACE	FE	Sonst

Unterschrift