

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) Med. Versorgungszentrum am Klinikum Kempten

PD Dr. med. Konrad Aumann und KollegInnen

Postfach 2122, 87411 Kempten  
Robert-Weixler-Str. 48, 87439 Kempten  
Tel. 0831 530-2180 | Fax 530-2170

pathologie-info@klinikverbund-allgaeu.de  
www.patho-kempten.de



Dieser Anforderungsbogen ersetzt nicht den Überweisungsschein bei Kassenpatienten.

Ambulant     Privat     Stationär

## Hämatopathologie – Knochenmark

Art des Untersuchungsgutes:     Beckenkammtrepanat     Ausstrich KM     Ausstrich Blut

Entnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

### 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