

**Pathologie**

**Biopsie Knochenmark**

Universitätsspital Basel  
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel  
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 31 94



Name, Vorname, Ledigennamen		Genaueres Geb.-Datum T T M M J J □ □ □ □ □ □			Geschlecht M W □ □	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)						
<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant		Pat.-ID: .....		Fall-Nr.: .....
<input type="checkbox"/> 3. KI <input type="checkbox"/> 2. KI <input type="checkbox"/> 1. KI		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV		Kr.K-Name: .....
Datum der Entnahme: .....		<b>Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →</b>				
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr): ..... .....						
Kopie(n) an: ..... .....						

Klinische Diagnose / Bemerkungen / Fragestellung (bei Studien auch Bezeichnung der Studien)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Art des Materials:     intraoperativer Schnellschnitt     Biopsie     Ektomie / Ablatio / Amputation     Curettagematerial

Organ/Topographie:	Bitte freilassen
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	

Entnahmeort 

re
li

 Crista iliaca.

**Peripheres Blutbild**

Leukozyten ...../mm<sup>3</sup>  
Thrombozyten ...../mm<sup>3</sup>  
Erythrozyten ...../mm<sup>3</sup>  
Hämoglobin ...../gZ  
BSG .....

**Differential-Blutbild**

«Blasten» .....  
Stabkernige .....  
Eosinophile .....  
Basophile .....  
Monozyten .....  
Lymphozyten .....  
Anderes .....

**Philadelphia-Chromosom**     negativ     positiv     nicht best.  
**Lymphome**     nein     ja wo: .....  
**Hepatomegalie**     nein     ja    **Splenomegalie**     nein     ja  
**Paraproteine**     nicht best.     negativ     positiv     Typ: .....

**Therapie**    Zytostatica ..... von ..... bis .....  
                  Cortison ..... von ..... bis .....  
 nein    Bestrahlung ..... von ..... bis .....  
                  HSZT ..... von ..... bis .....

Sonstige relevante Befunde .....

.....

.....

.....

Besondere Wünsche .....

.....

.....

.....

