

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: Kr.K-Nr.:				
Datum der Entnahme:		Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →				
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/mm³
Thrombozyten/mm³
Erythrozyten/mm³
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

.....

.....

.....

