

Universitätsklinikum Freiburg
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Päd. Hämatologie u. Onkologie
 Prof. Dr. C. Niemeyer
 Mathildenstr.1, 79106 Freiburg
 Tel: +49 (0)761 / 270 -46170 Labor: -45150 Fax: 270-96-46200
 Email: ewog-mds-saa@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

Spleen size:

Klinische Untersuchung: _____ cm unterhalb d. Rippenbogens
 Sonographie: _____ cm Milzlänge
 Lokation: _____

Bisherige / aktuelle Therapie _____

Transfusionen in den letzten 4 Wochen

- Nein
- Ja: Erythrozyten Thrombozyten

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

Material

- hep. KM (2-3 ml)
- KM-Ausstriche (10 A.)
- hep. Blut (5-10 ml)
- Blutausstriche (10 A.)

Datum (tt.mm.jjjj):

- Stanzbiopsie
- Haarwurzeln (10-15)
- Fibroblasten/ Hautbiopsie
- Mundschleimhaut

Datum (tt.mm.jjjj):

Einsendende Klinik (Stempel/Eingabe)

Name: _____

Für Rückfragen, Telefon: _____

Fax: _____

 Datum, Unterschrift