

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

**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 <sup>9</sup> /l)		
HB (bitte Einheitenangabe) <input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l		
Erythrozyten      (10 <sup>12</sup> /l)		
MCV                (fl)		
Retikulozyten    (‰)		
Thrombozyten    (10 <sup>9</sup> /l)		

- |   |                      |  |                      |  |
|---|----------------------|--|----------------------|--|
| <b>Material</b>                                 | Datum (tt.mm.jjjj):  |  | Datum (tt.mm.jjjj):  |  |
| <input type="checkbox"/> hep. KM (2-3 ml)       | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Stanzbiopsie              | <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/> KM-Ausstriche (10 A.)  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Haarwurzeln (10-15)       | <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/> hep. Blut (5-10 ml)    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Fibroblasten/ Hautbiopsie | <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/> Blutausstriche (10 A.) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut           | <input type="text"/> |  |

Einsendende Klinik (Stempel/Eingabe)

Name: \_\_\_\_\_  
 Für Rückfragen, Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift