

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum der Entnahme	Eingangsdatum
--------------------	---------------

Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel

<b>Stationär:</b>	Regelleistung <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant:</b>	Kasse <input type="checkbox"/>
Wahlleistung/Arzt <input type="checkbox"/>		Post A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	Post A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>


**JGU** UNIVERSITÄTS**medizin.**  
MAINZ  
**Institut für Pathologie**  
 Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth



Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-IS-13258-01-00

**mvz** | MVZ der Universitätsmedizin  
 Mainz GmbH

55131 Mainz, Langenbeckstr. 1  
 Telefon (0 61 31) 17-35 65  
 Fax (0 61 31) 17-66 04



Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-IS-21458-01-00

Journalnummer

**Fixierung:**

Formalin

Glutaraldehyd / Formalin

	x 10 <sup>3</sup>	WBC
	X 10 <sup>3</sup>	RBC
	g / dl	Hgb
	%	Hct
	fl	MCV
	pg	MCH
	g / dl	MCHC
	x 10 <sup>3</sup>	PLT
	‰	Retic
Neutro		Pro
		Myelo
		Meta
		Stab
		Seg
	Eosino	
	Baso	
	Mono	
	Lymph	
	Eisen	
	BSG	
	LDH	

**Klin. Diagnose, Fragestellung:**

**Anamnese, Befund:**

**Knochenmarkzytologie /Sternalpunktat:**

**Zytostatische Therapie? Ja /nein, Schema:  
 Wann zuletzt?**