






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> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Ambulant</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	<b>Hybrid-DRG</b> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
KVB I-III <input type="checkbox"/>		☒ <input type="checkbox"/> Ú[•cœ <input type="checkbox"/> Ó <input type="checkbox"/>

 UNIVERSITÄTS <b>medizin.</b> <small>MAINZ</small> <b>Institut für Pathologie</b> Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		 <b>EA</b> <small>EUROPEAN RECOGNITION</small>  <b>DAkkS</b> <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13258-01-00</small>
<b>mvz</b>   MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		 <b>EA</b> <small>EUROPEAN RECOGNITION</small>  <b>DAkkS</b> <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21458-01-00</small>
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04		
Journalnummer		
<b>Fixierung:</b>  <input type="checkbox"/> Formalin  <input type="checkbox"/> 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?**