

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

Eingang:


E _____

_____	Bitte freilassen ___ R	1. _____
_____		2. _____
_____		3. _____
_____		4. _____
_____		5. _____
Datum		6. _____
		7. _____
Stempel und Unterschrift		<div style="border: 2px solid black; width: 100px; height: 50px;"></div>

Kostenträger: IGeL Stationär
 Privat Prästationär
 GKV Sonstiges

Stationär: ja/nein Station: _____

Kopie an: _____

	Institut für Pathologie Mülheim an der Ruhr	Heidestraße 75-77 Postfach 11 01 40 Telefon 0208 992780 Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de	45476 Mülheim an der Ruhr 45434 Mülheim an der Ruhr Telefax 0208 9927830 www.pathologie-muelheim.de
	Dr. med. Frank Oellig Dr. med. Marlene Helwing* Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea* Dr. med. Johanna Munding* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	Zertifiziert nach ISO 9001	

Diesen Einsendeschein können Sie auch von unserer Web-Seite herunterladen.

Material:

Diagnose:

Befunde:

Splenomegalie: ja / nein

Hepatomegalie: ja / nein

Lymphome: nein / ja (wo?)

Labor:

Leuco: _____ Ery: _____ Thrombo: _____

Hb: _____ MCV: _____ MCH: _____ MCHC: _____

Myelo: _____ Stab: _____ Seg: _____ Eo: _____

Baso: _____ Mono: _____ Lym: _____ Reti: _____

Sonst: _____ BSG: _____ LDH: _____ Bili: _____

Paraprotein: ja / nein

Bisherige Therapie:

Medikamente / Noxen: