

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: 50px; height: 50px;"></div>

Kostenträger:  IGeL                       Stationär  
 Privat                               Prästationär  
 GKV                                       Sonstiges

Stationär: ja/nein                      Station: \_\_\_\_\_

Kopie an: \_\_\_\_\_

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

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

Material:  OP-Präparat  
 Probeexcision  
 Abrasio  
 Exsudat  
 Punktionsmaterial

Diagnose:

Befunde:  M0    M1  
 R0    R2

**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: