

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: 40px; height: 40px;"></div>

Kostenträger:  IGeL  Stationär  
 Privat  Prästationär  
 GKV  Sonstiges

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

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

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



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft  
**Pathologie Rhein/Ruhr**

Dr. med. F. Oellig  
 Priv.-Doz. Dr. med. D. Atkins, Dr. med. J. Dürre

**STANDORT Mülheim** · Heidestraße 75-77 · 45476 Mülheim an der Ruhr  
 Telefon 0208 992780 · Telefax 0208 9927830 · www.pathologie-muelheim.de · dr.oellig@pathologie-muelheim.de

**STANDORT Wesel** · Lübecker Str. 29 · 46485 Wesel  
 Telefon 0281 4755370 · Telefax 0281 47553737 · www.pathoad.de · info@pathoad.de