

Begutachtungsauftrag für:
Prof. Dr. med. U. Ramp – Institut für Pathologie
WESTPFALZ-KLINIKUM GmbH
 Richard-Wagner-Straße 45, 67655 Kaiserslautern
 Telefon (0631) 203-27 10/13

Eing.

J-Nr.

310	312	320	321
-----	-----	-----	-----

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
-----	-----	-----	-----	------	-----	-------------

Datum der Entnahme: _____

Personalien: (Adressenabroller auch auf Durchschlag!)

Patient: Name _____ Vorname _____
 (bitte Druckschrift)

geb. am _____ Beruf _____

(_____)
 Wohnort _____

Straße _____

Stationär: Regelleistung <input type="checkbox"/>	Ambulant: 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"/>
amb. OP <input type="checkbox"/>	

Frühere hist./cyt. Untersuchung Nr. _____ **Jahr:** _____

Gutachten an Dr. med. bzw. Klinik: _____

Station: _____ **Tel.:** _____

 (Unterschrift des beauftragenden Arztes) bei **Stempel** auch auf Durchschlag

Nur für Knochenmarksbiopsie

Klin. Diagnose: _____

Beginn der Erkrankung: _____

Schilderung der klinischen Problematik: _____

Leber

Milz

Lymphknoten

HK
Hb
Ery
Leuko
Thrombo
Reti
MCV
HbE

Eos
Baso
Jgd.
Stabk.
Segm.
Lympho
Mono
Sonst.