



## Laborbegleitschein für Blutbilddiagnostik

Hämato-onkologisches Labor, Klinik f. Päd. Hämatologie und Onkologie:  
Gebäude N21, 1.Stock, Raum 2.11

Patientenbezogene Daten:	Einsendende Klinik:
Name:	Adresse:
Vorname:	Arzt:
Geburtsdatum:	Station:
Nationalität:	Telefon/ Fax:
	Diagnose:

Anamnese: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

### Entnahme:

Laborwerte:

Hgb	g/dl	Bilirubin	mg/dl
Ery	Mio/ $\mu$ l	GOT	U/l
HKT	%	GPT	U/l
MCH	%	LDH	U/l
MCV	pg	Alk.P $\phi$ tase	U/l
Retikilozyten	%	Harnsäure	mg/dl
Leuko	/nl	Kreatinin	mg/dl
Thrombo	/nl	CRP	mg/l
		Fe	$\mu$ g/dl
		Ferritin	$\mu$ g/l

Klinische Befunde

Leber/ Milz \_\_\_\_\_ Ikterus \_\_\_\_\_

Lymphknoten \_\_\_\_\_ Sonstige \_\_\_\_\_

Technische Befunde (Rö/Sono): \_\_\_\_\_

Bisherige Therapie \_\_\_\_\_



DIN EN ISO 9001:2008  
Zertifikat Nr. Z13084



FAMILIENFREUNDLICHES  
UNTERNEHMEN

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Gerichtsstand: Hamburg  
UST-ID-Nr.: DE21 8618 948

Vorstandsmitglieder:  
Prof. Dr. Burkhard Göke (Vorsitzender)  
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus  
Joachim Pröls  
Rainer Schoppik

Bankverbindung:  
HSH Nordbank  
Kto.-Nr.: 104364000; BLZ: 21050000  
IBAN-Nr.: DE9721050000104364000  
BIC: HSHNDEHH