

Studienleitung: Prof. Dr. C. Niemeyer
 Zentrum für Kinderheilkunde u. Jugendmedizin
 Klinik IV, Pädiatrische Hämatologie u. Onkologie
 Mathildenstr.1, 79106 Freiburg
 Tel: 0761 / 270 - 45060 (Skr.) -45150 (Labor)
 FAX: -45180 (Skr.)

GPOH
 Gesellschaft für Pädiatrische
 Onkologie und Hämatologie

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Diagnose _____

Klinische Befunde

Milzvergrößerung Ja Nein
 Lebervergrößerung Ja Nein
 Lymphknotenvergr. Ja Nein

Weitere Auffälligkeiten

Hämatologische Befunde

Hb (g/dl)	_____	MCV (fl)	_____
Hkt (%)	_____	Thrombozyten (10 ⁹ /L)	_____
Erythrozyten (10 ¹² /L)	_____	Leukozyten (10 ⁹ /L)	_____
Retikulozyten (‰)	_____		

Transfusionen in den letzten 4 Wochen

Nein
 Ja Erythrozyten Thrombozyten

Material

	Datum		Datum
<input type="checkbox"/> hep. KM (2-3ml)	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> KM-Ausstriche (10 A.)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> hep. Blut (5-10ml)	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Blutausstriche (10 A.)	_ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Abstrich Mundschleimhaut (nur bei spezifischer Indikation)	_ _ _ _ _ _ _

Einsendende Klinik, Stempel

 Datum, Unterschrift