

Antrag auf neuropathologische Begutachtung

Name, Vorname: _____ m w

Anschrift: _____

_____ geb. _____

<input type="checkbox"/> Privatpatient	Rechnung
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Krankenkasse	(Überweisungsschein beilegen!)
<input type="checkbox"/> Klinik	

Entnahmedatum / -zeit: _____

Eingesandtes Material: _____

Lokalisation: _____

Angaben zur Vorgeschichte: _____

Klin. Diagnose / Fragestellung:

Infektiöse Erkrankungen/
Verdacht auf? nein HIV TBC Hep B
 Hep C andere: _____

Art der gewünschten Untersuchung (bitte ankreuzen):

- Schnellschnitt (nur bei nativ übersandtem Material möglich)
- Histologische Untersuchung Elektronenmikroskopie
nativ oder 10-20fache Menge 4 % Formalin 2,5 % Glutaraldehyd
- Zytologische Untersuchung Sonstiges: _____

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Telefonnummer

Kostenstellenaufkleber oder Stempel

Befund Nachrichtlich an:

Interne Vermerke

GEFÄSS	POSITIONEN	KAPSELN	KR ✓
G E	S A	M T	

Felder für interne Vermerke

Kürzel Probeneingang Abweichende Angaben / Klärungsbedarf?	Schnellschnitt	Kürzel	Uhrzeit		Kürzel	Datum (wenn abw. v. Eingang)
	Eingang Labor		:	Zuschnitt		
	Tel. Diagnose		:	MS gekapselt		