

**Institut für Neuropathologie**

Direktorin: Prof. Dr. med. C. Stadelmann-Nessler

Robert-Koch-Str. 40, 37099 Göttingen  
Tel.: +49 551 39-67575  
Eingangslabor: +49 551 39-8473  
Befundanfragen: +49 551 39-67574  
Fax: +49 551 39-8472

[www.neuropathologie.med.uni-goettingen.de](http://www.neuropathologie.med.uni-goettingen.de)

**Eingangslabor: Raum 2.D1-240**

*von Neuropathologie auszufüllen*

Eingangs-Nr. **B** \_\_\_\_\_

Eingangsdatum \_\_\_\_\_

**BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN !**

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Anzahl eingesandte Gefäße o. Proben: \_\_\_\_\_

**Patienten-Daten (bzw. Aufkleber):**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Kostenträger bitte ankreuzen:** stationär  ambulant (Überweisungsschein beifügen!)  Privatpatient

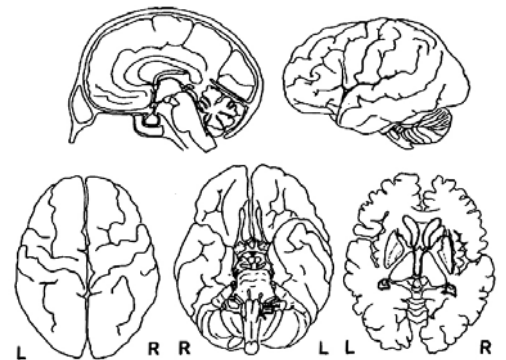
**Antrag auf neurohistologische Untersuchung**

**Klinische Daten** (z.B. Anamnese, neurologische Befunde. evtl. **Voroperationen bitte mitangeben!** ):

**Bildgebende Verfahren** (CT, MRT, Angiographie):

**Intraoperativer Befund / Verdachtsdiagnose:**

**Lokalisation:**



**Besondere Fragestellungen:**

**Einsenderstempel (bitte komplette Adresse!):**

**Einsender/Kontaktperson (bitte lesbar!):**

Pieper: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Fax für Befundübermittlung: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Station:** \_\_\_\_\_

**Hinweis:** In einzelnen Fällen wird vom Institut für Neuropathologie selbstständig ein Konsil von einem Referenzzentrum erbeten. Der Einsender wird im Begutachtungsbericht über die Konsilanforderung und das ausgewählte Referenzzentrum informiert. Sofern Einsender oder Patient der Konsilanforderung nicht widersprechen, stimmen sie der Datenweitergabe an das Referenzzentrum zu.