

Eingangslabor: Raum 2.D1-240

von Neuropathologie auszufüllen

Eingangs-Nr. **B** _____

Eingangsdatum _____

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

Entnahmedatum:

Anzahl eingesandte Probengefäße:

Patient*innen-Daten (bzw. Aufkleber):

Name, Vorname

Kostenträger bitte ankreuzen: stationär ambulant (Überweisungsschein beifügen!) privat

Untersuchungsantrag für Hautbiopsien

Es wird um Small Fiber Neuropathie-Diagnostik gebeten.

Klinische Angaben (z.B. Schmerzen? Dysästhesien? Paresen? Dauer? Seitendifferenz? Grunderkrankung/Begleiterkrankungen? Medikamente?):

Sonstige Untersuchungen (CK, LDH, BSG, Blutbild, bildgebende Verfahren):

Besondere Fragestellungen:

Einsenderstempel (bitte komplette Adresse!):

Station: _____

Einsender/Kontaktperson (bitte lesbar!):

Pieper: _____ Telefon: _____

Fax für Befundübermittlung: _____

Unterschrift: _____

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*in der Konsilanforderung nicht widersprechen, stimmen sie der Datenweitergabe an das Referenzzentrum zu.

