

**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**

- CADASIL-Diagnostik
- Small Fiber Neuropathie-Diagnostik
- Andere Differentialdiagnose/Fragestellung (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben:**

**Sonstige Untersuchungen (z.B. elektrophysiologische Untersuchungen, 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.