

(Bitte auch die Kopie mit Aufkleber versehen)		Bitte freilassen
Pat.Nr.:	FallNr.:	
Name:	Geburtsname:	
Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich		
Institut für Neuropathologie Charité - Universitätsmedizin Berlin Prof. Dr. med. F. Heppner Charité Campus Mitte I Virchowweg 15 Charitéplatz 1 10117 Berlin Tel. (030) 450 536 042 / -032 Fax (030) 450 536 940		AUFTRAG zur <input type="checkbox"/> histologischen Begutachtung <input type="checkbox"/> Liquor-Diagnostik <input type="checkbox"/> molekulargenetischen Begutachtung <input type="checkbox"/> Schnellschnitt-Begutachtung
Frühere histopathologische Untersuchungen (Ort, Eingangs-Nr.)		
Art des Untersuchungsmaterials		
Gewebeart: <input type="checkbox"/> Gehirn <input type="checkbox"/> Rückenmark <input type="checkbox"/> Muskel <input type="checkbox"/> Nerv		
Entnahmeort:		Anzahl der Proben:
Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt Beschreibung (z. B. HIV, Hep C, B):		
Anamnestische Angaben (Muskel- und Nervenbiopsien: Bitte zusätzlich Anlage ausfüllen)		
Klinische Diagnose/bildgebende Befunde:		
Fragestellung/Sonstiges:		
Symptome:		
Vor-Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Radiatio und/oder Chemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Familiäre Belastung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Beschreibung:
Absenderstempel		Anfordernder Arzt/Ansprechpartner
		Telefon
		Datum Unterschrift
Charité-interne Dokumentation		Schnellschnittdiagnose/Bemerkungen:
Materialannahme		
Angenommen durch:		
Eingegangen (Datum/Uhrzeit):		Befunder:
Anzahl der Proben:		Uhrzeit:
		Telefonische Übermittlung an: