

(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:	