



Institut für Neuropathologie

Direktorin: Prof. Dr. med. K. Keyvani
Hufelandstr. 55, 45122 Essen
Tel.: (0201) 723 3325, Fax: (0201) 723 5927
Email: neuropathologie@uk-essen.de

N-Nr. _____

Auftrag zur neuropathologischen Untersuchung

Patient / in (Adressette)

Geburtsdatum

 w m

Einsender -Stempel

Regelleistung
Wahlleistung

Schnellschnitt

Name (Ärztin/Arzt): _____ Tel.: _____

Klinische Angaben:
[z.B. Dauer und Form der Symptomatik, Lokalisation und radiologischer Befund (s. unten), Entzündungsparameter, vorherige Medikation, relevante Vorerkrankungen und bei Muskel-/Nervenbiopsien EMG, NLG, Enzymstatus, Familienanamnese, Atrophie-/ Paresemuster, Biopsielokalisation]

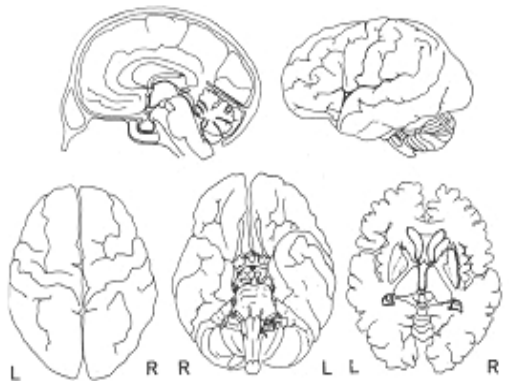
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Verdachtsdiagnose:

Fragestellung:

.....
.....
.....
.....

Lokalisation markieren!



Umgehende Benachrichtigung erwünscht:
Unbedingt Fax-Nummer angeben:

Datum:

Unterschrift (Ärztin/Arzt)

NMR/CT-Befund:
 isodens hyperdens hypoder
 mit / ohne KM-Aufnahme
 Verkalkungen Ringstrukturen