

**Institut für Neuropathologie**

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. M. Prinz  
 Telefon: 0761 270-51060 oder 51910  
 Telefax: 0761 270-50500  
 Arztzimmer: 0761 270-51090  
 Befundauskunft: 0761 270-51080

**Muskel-Nervenbiopsie**

Einsendeschein mit Auftrag einer neuropathologischen Untersuchung

Zuständiger Arzt: \_\_\_\_\_  
 Telefon / Piepser: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

**Art des Gewebes:**

- Muskel  rechts  Nerv  rechts  
 M. quadriceps  links  N. suralis  links  
 M.: \_\_\_\_\_  N.: \_\_\_\_\_

**Klinische Angaben (bitte aktuellen Arztbrief beifügen):**

**Symptomatik:**

- Motorische Schwäche  Proximal  Distal  Generalisiert  Sensibles / Sensorisches Defizit: \_\_\_\_\_  
 Muskelschmerz  Andere: \_\_\_\_\_

**Beteiligung:**

- Fazial  Kardial  Atemmuskulatur  Ptosis  Ophthalmoplegie  negativ  positiv, Betroffene: \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**

**Verlauf:**  Akut  Subakut  Chronisch, Dauer: \_\_\_\_\_  Belastungsabhängig  Progredient  Stabil

**Labor:**

- CK: \_\_\_\_\_ U/l  Lactat: \_\_\_\_\_  CRP: \_\_\_\_\_  Liquor: \_\_\_\_\_

**Elektrophysiologie:**  EMG: \_\_\_\_\_  ENG: \_\_\_\_\_

**Andere Untersuchungen:**

- Belastungstest: \_\_\_\_\_  Bildgebung: \_\_\_\_\_

**Bisherige Therapie:**  keine  \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Wird vom Labor ausgefüllt!**

| Vorbefunde:   | Makroskopie: |  |       |  |       | Block  | Färbungen:  | OT vorb. | Schn. | Färb. |
|---|--------------|--|-------|--|-------|--|---|----------|-------|-------|
|   | Einl.        |  | Kryo. |  | Gieß. |  |   |          |       |       |
|   |              |  |       |  |       | <input type="checkbox"/> Muskelbiopsie:<br>Kryo:<br>HE, PAS, Öl-rot, Trichrom, VG, NADH, SPA,<br>ATP 4.2, ATP 4.6, ATP 10.3, COX, SDH,<br>COX/SDH, MAG, MADA<br><br>Paraffin:<br>HE, Kongo |   |          |       |       |
|   | Arzt         |  |       |  |       |  | <input type="checkbox"/> Nervenbiopsie:<br>HE, Kongo, CD3, CD68 |          |       |       |
|   |              |  |       |  |       |  |   |          |       |       |
|   |              |  |       |  |       |  |   |          |       |       |
|   |              |  |       |  |       |  |   |          |       |       |
| Elektronenmikroskopie                                     |              |  |       |  |       |  |   |          |       |       |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |              |  |       |  |       |  |   |          |       |       |

**Abrechnung**

| Anzahl | Gebührenziffer |
|--------|----------------|
|        | 4800           |
|        | EM             |
|        | 4815           |
|        | 4816           |
| 1      | 75             |
|        | 60             |

Journal-Nr.: \_\_\_\_\_

Eingegangen am: \_\_\_\_\_