

Institut für Neuropathologie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. M. Prinz
 Telefon: 0761 270-51060 oder 51910
 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

- | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muskel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Nerv | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> M. quadriceps | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> N. suralis | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> M.: _____ | | <input type="checkbox"/> N.: _____ | |

Klinische Angaben

Familienanamnese negativ positiv, weitere Betroffene: _____

Symptomatik

Akut Subakut Chronisch, Dauer: _____

Verlauf

Progredient Stabil

Motorische Schwäche Proximal Distal Generalisiert

Beteiligung

Fazial Ophthalmoplegie

Muskelschmerz Kardial Atemmuskulatur

Sensibles / Sensorisches Defizit: _____

Andere: _____

Laboruntersuchungen

CK: _____ U/l _____ fach erhöht: _____ Lactat: _____

CRP: _____ BSG: _____ Liquor: _____

Gerinnung

OP möglich: _____ Thrombos: _____ INR: _____ PTT: _____

Elektrophysiologie

EMG: _____

ENG: _____

Andere Zusatzuntersuchungen

Belastungstest: _____

Bildgebung: _____

Bisherige Therapie

keine _____

Klinische Diagnose: _____

Befundmitteilung s.o. (Einsender) Umgehend bitte an: Tel. / FAX: _____

Abteilungsinterne Vermerke, nicht vom Einsender auszufüllen

Probeneingang: _____

Vorbefund: _____

bearbeitender Arzt: _____

Elektronenmikroskopie ja nein

Gebühreabrechnung	
Anzahl	Ziffer
	4800 (GOÄ)
	4815 (GOÄ)
	4816 (GOÄ)
	EM
	75 (GOÄ)