



Patienten-Nr.

### Liquor Labor

Name

Amb./Station

Datum

Vorname

Geb.-Datum

Tel.-Nr.

Uhrzeit

beh. Arzt

Anschrift

Kostenträger

Wahleleistungen

#### Diagnose/Anamnese

---

---

---

---

---

Liquorstatus

Eiweißstatus

Lactat

Liquor (mg/l)

Cytologie

Serum (g/l)

Demenzmarker

Oligoklonale Banden (CSF/Serum)