Patienten-Nr.

Name

Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Kostenträger Wahlleistungen

☐ Wahlleistung Arzt ☐ I ☐ II ☐ PRIVAT

UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.ö.R.

Institut für Neuropathologie

◯ **Histologische Untersuchung**

◯ **Zytologische Untersuchung**

an Prof. Dr. med. Christian Mawrin

Amb./Station Datum

Tel.-Nr. **Termin**

Eingangs-Datum Lfd.-Nr.

Klinische Fragestellung, Diagnosen, DD:

Biopsieort:

Frühere histologische Untersuchungen:

Wo? Jahr: Reg.-Nr.:

Anamnesedauer der Krh.:

◯ Wochen ◯ Monate ◯ Jahre

Durchmesser des Herdes im ZNS:

Liquorbefunde: ◯ normal ◯ pathologisch

Nervenaffektion: ◯ motorisch ◯ sensorisch ◯ sensomotorisch

Hypophysenhormone:

◯ normal ◯ pathologisch

Entnahmeort des Muskels:

	Spez. Untersuchung

3000336 / 1601.3 / HINZ: R 99 5436 / 10 20

Bitte mit Kugelschreiber beschriften und ausreichend aufdrücken