

Auftrag zur morphometrischen Untersuchung der epidermalen Nervenfaserdichte

INSTITUT FÜR NEUROPATHOLOGIE

Direktor: Prof. Dr. med. Till Acker

Arndtstraße 16
35392 Gießen

Sekretariat:

Tel +49 (0)641 99 41181

Fax +49 (0)641 99 41189

neuropathologie@uk-gm.de

Homepage:

www.ukgm.de/neuropathology



Giessener Institut für
Neuropathologie

B-Nr.:	Intern
--------	---------------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Alter bei Biopsie:	
Anschrift:	
Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	

Klinische Angaben:

Einsender/Klinikstempel

Station:
Arzt:
Telefon:
Datum/Unterschrift

Entnahmedatum:

Art des Untersuchungsmaterials:

	Anzahl der Proben:
Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Art (HIV, HepB, C, etc.):

Probe I (distal, 10 cm oberhalb des Außenknöchel)

+ggf. Probe II (proximal, 20 cm unterhalb Spina Iliaca)

Eingangsdatum/-uhrzeit:	Anzahl der Proben:	
	Empfang durch:	
	Gekühlt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Intern