

Auftrag zur histo-/molekularpathologischen Untersuchung

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

Helga.Will@patho.med.uni-giessen.de

Homepage:

www.uniklinikum-giessen.de/neuropatho/

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

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

Einsender/Klinikstempel

Station:

Arzt:

Telefon:

Datum/Unterschrift

Klinische Diagnose/Bildgebung:

Anamnestische Angaben:

Vor-Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Radiatio: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Frühere histopathologische Untersuchungen:		Steroidtherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Art des Untersuchungsmaterials:

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

Probe 1:

Probe 2:

Probe 3:

Probe 4:

Probe 5:

Probe 6:

Eingangsdatum/-uhrzeit:	Anzahl der Proben:	Intern
	Empfang durch:	