

Auftrag zur morphometrischen Untersuchung der epidermalen Nervenfaserdichte

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



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

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name Arzt/Ärztin (Leserlich):	
	Unterschrift (Arzt/Ärztin):	
	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	
	Entnahmedatum/ Ausgangsdatum/-uhrzeit:	

Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Art (HIV, HepB, C, etc.):
Probe Hautbiopsie - distal, 10 cm oberhalb des Außenknöchel:	
Bei Versand der Probe mit Post (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> in gekühlter Zamboni (4-8° C) mit Kühllakku (Lagerung -20° C)	

Eingang:	<input type="checkbox"/> nativ	Verarbeitung	
Probenanzahl:	<input type="checkbox"/> in Zamboni Lösung	Probenanzahl:	
Datum/Uhrzeit:	haltbar bis: _____	Datum/Uhrzeit:	
Labor (HZ):	<input type="checkbox"/> Kühllakku	Labor (HZ):	Intern
	<input type="checkbox"/> andere:		
	Temperatur: _____ °C		
	Fixierdauer: _____ h _____ d		
	Saccharose: _____ h _____ d		
	<input type="checkbox"/> Saccharose eingefroren		