

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



## Antrag auf neuropathologische Begutachtung

stationär       ambulant

Kasse       WLA (Wahlleistung Chefarzt)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schnellschnitt              | <input type="checkbox"/> fixiertes Material |
| <input type="checkbox"/> Operations-/Biopsiematerial | <input type="checkbox"/> Nativmaterial      |
| <input type="checkbox"/> stereotaktische Hirnbiopsie |   |
| <input type="checkbox"/> Liquorzytologie             |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. EDTA-Blut)   |   |

Muskel-/Nerv-Biopsien bitte nur **nativ!**  
in trockenem Versandgefäß per Boten  
(nicht in Formalin, nicht in NaCl),  
wenn möglich telef. Voranmeldung.

**Eingangsnummer**

**Lokalisation (Entnahmestelle), Anamnese, Klinische Diagnose, Fragestellung**

**Eingangsdatum**

Stempel des einsendenden Arztes

**Bildgebung:**     isodens     hyperdens     hypodens  
 mit/  ohne Enhancement     Ringstruktur     Verkalkungen

1. Operation     \_\_\_\_ Rezidiv    ggf. Vorbefunde: \_\_\_\_\_

**Bei Metastasen:** Primärtumor bekannt  ja  nein    Sitz: \_\_\_\_\_

**Radiatio:**     ja     nein    **Chemotherapie:**  ja     nein

**Therapie-Studie:** \_\_\_\_\_

**Anforderung Molekulare Diagnostik:** \_\_\_\_\_

**Bei Muskel-/Nerv-Biopsien:**

Bitte Angaben zu Medikamenten (z.B. Cortison, Dosis/Dauer), Vorbefunden, Familienanamnese, Elektro-physiologie (EMG, NLG, Sonstige) und Laborbefunden (CK, BSG, Sonstige).

**Rechnungsadresse (falls abweichend)**

**gewünschtes Versandmaterial**     Versandbeutel     Versandgefäße