

Institut für Neuropathologie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. M. Prinz
 Telefon: 0761 270-51060 oder -51910
 Telefax: 0761 270-50500
 Dienstabender Arzt: 0761 270-50700
 Befundauskunft: 0761 270-51080

Muskel-Nervenbiopsie

Einsendeschein mit Auftrag einer neuropathologischen Untersuchung

Zuständiger Arzt: _____
 Telefon / Piepser: _____

Unterschrift: _____
 Entnahmedatum: _____

Art des Gewebes

- | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muskel | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Nerv | <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> M. quadriceps | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> N. suralis | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> M.: _____ | | <input type="checkbox"/> N.: _____ | |

Klinische Angaben (bitte aktuellen Arztbrief beifügen)

Symptomatik: Motorische Schwäche Proximal Distal Generalisiert Muskelschmerz
 Sensibles / Sensorisches Defizit: _____
 Andere: _____

Beteiligung: Fazial Kardial Atemmuskulatur Ptosis Ophthalmoplegie

Familienanamnese: negativ positiv, Betroffene: _____

Verlauf: Akut Subakut Chronisch, Dauer: _____ Belastungsabhängig
 Stabil Progredient

Labor: CK: _____ U/I Lactat: _____ CRP: _____ Liquor: _____

Elektrophysiologie: EMG: _____ ENG: _____

Andere Untersuchungen: Belastungstest: _____ Bildgebung: _____

Bisherige Therapie: keine _____

Klinische Diagnose

Wird vom Labor ausgefüllt!

Vorbefunde	Makroskopie				Block	Färbungen	OT vorb.	Schn.	Färb.
	Einl.	Kryo.	Gieß.						
	Arzt					<input type="checkbox"/> Muskelbiopsie: Kryo: HE, PAS, Öl-rot, Trichrom, VG, NADH, SPA, ATP 4.2, ATP 4.6, ATP 10.3, COX, SDH, COX/SDH, MAG, MADA Paraffin: HE, Kongo			
						<input type="checkbox"/> Nervenbiopsie: HE, Kongo, CD3, CD68, EvG			

Elektronenmikroskopie

nein ja

Abrechnung

Anzahl	Gebührenziffer
	4800
	EM
	4815
	4816
1	75
	60

Journal-Nr.: _____

Eingegangen am: _____

