

Institut für Neuropathologie - E i n s e n d e s c h e i n

<p>Universitätsklinikum Ulm Institut für Neuropathologie Prof. Dr. med. Friederike Liesche-Starnecker Meyerhofstraße M28-TTU Ebene 4, D-89081 Ulm <u>Postadresse:</u> Albert-Einstein-Allee 23, D-89081 Ulm</p> <p>Tel. Sekretariat: 0731/500-65901 Fax: 0731/500-65990 Tel. Probenanmeldung: 0731/500-65910</p>	<p>Bitte freilassen:</p>
---	--------------------------

<p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Dat.: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p>	<p>AUFTRAG zur</p> <p><input type="checkbox"/> histologischen Begutachtung <input type="checkbox"/> Liquor-Diagnostik <input type="checkbox"/> Schnellschnitt-Begutachtung <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> molekularpathologischen Begutachtung (Achtung: Bei ambulanten Einsendern zweiter Überweisungsschein für die Pathologie zwingend erforderlich!)</p>
---	--

<p>Versorgung: <input type="checkbox"/> ambulant (Überweisungsschein zwingend erforderlich!) <input type="checkbox"/> AOP § 115 b (Überweisungsschein zwingend erforderlich!) <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Versicherung: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat (mit ärztlicher Wahlleistung/Selbstzahler)</p>	<p>Versicherungsdaten:</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>IK-Nummer: _____</p> <p>Versicherten-Nr: _____</p>
--	--

Frühere histopathologische Untersuchungen (Ort, Eingangs-Nr.)

Angaben zum Untersuchungsmaterials

Gewebeart: Gehirn Rückenmark Muskel Nerv Liquor _____

Entnahmelokalisation (A, B, C, ...) / Anzahl der Probengefäße: _____

Anamnestische Angaben

Klinische Diagnose/Fragestellung/Sonstiges:

<p>Absender Stempel</p>	<p>Anfordernde(r) Ärztin/Arzt oder Ansprechpartner(in):</p> <p>_____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>_____</p> <p>Datum/Unterschrift</p>
--------------------------------	---