



Institut für Pathologie
und Neuropathologie
Universitätsklinikum
Tübingen

Abteilung für Neuropathologie
Ärztliche Direktorin
Prof. Dr. Manuela Neumann
Calwerstraße 3
72076 Tübingen

Tel. 07071 29-82283
Fax 07071 29-4846

Barcode-Kleber



Entnahmedatum

--	--	--	--	--	--

Voruntersuchungen:

wo:

wann:

Befund zusätzlich an:

Ort der Kasse

Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten Vorname geb. am

Ehegatte/Kind/Sonst. Angeh. Vorname geb. am

Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.

Wohnung des Patienten

Patienten- / Fallnummer der auftraggebenden Klinik

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

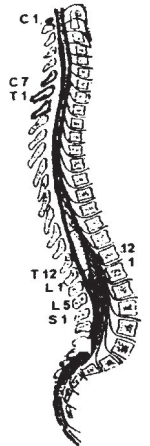
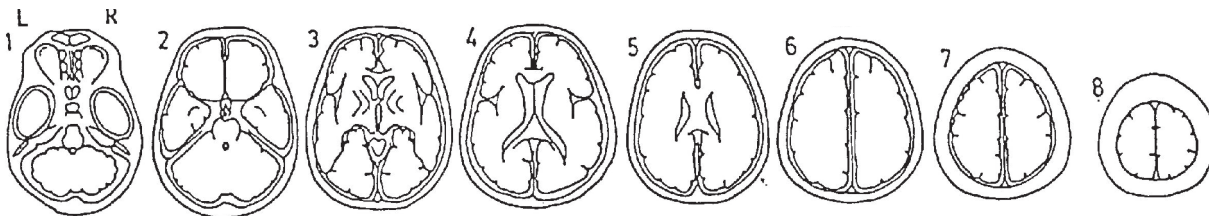
ADRESSE DES EINSENDERS
Mit Maschine ausfüllen!

Datum / Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes

ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistg.	M	F	R
----------	-----------	--------------------------	---	---	---

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!

Lokalisation:



Fragestellung:

Patienteneinverständnis
zur wissenschaftlichen
Verwendung

liegt uneingeschränkt vor ☐
liegt eingeschränkt vor ☐
liegt nicht vor ☐

Operateur: _____

Telefon für Rückfragen: _____