




Tel. 07071 29-82283
Fax 07071 29-4846

Barcode-Kleber	
Letzte Punktion am	
<input type="checkbox"/>	
Erstpunktion	<input type="checkbox"/>
LP	<input type="checkbox"/>
SOP	<input type="checkbox"/>
Ventrikel	<input type="checkbox"/>
Formalin ja	<input type="checkbox"/>
(4%) nein	<input type="checkbox"/>
Entnahmedatum	<input type="text"/>
Uhrzeit	<input type="text"/>
Zellzahl	<input type="text"/> /3
artefizielles Blut	<input type="checkbox"/>

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!					
ADRESSE DES EINSENDERS Mit Maschine ausfüllen!					
9					
Datum / Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes					
ambulant	stationär	ärztliche Wahleinstg.	M	F	R
Zutreffendes unbedingt ankreuzen!					

Vorgeschichte/Fragestellung:

PFLICHTANGABE:
Es besteht kein Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung
Bei fehlender Angabe keine Bearbeitung möglich!

behandelnder Arzt: _____ Telefon für Rückfragen: _____

Von der Abteilung Neuropathologie auszufüllen

Eingangsstempel

Vorbefund-Nr.:

Präparate:

Volumen: