



Tel. 07071 29-82283
Fax 07071 29-4846

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