

Auftrag zur morphometrischen Untersuchung der epidermalen Nervenfaserdichte

B-Nr.:	Intern
--------	--------



Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name/Unterschrift (Arzt) Telefon-Nr. (für Rückfragen):

Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Art (HIV, HepB, C, etc.):
Entnahmedatum/-uhrzeit:	
Probe Hautbiopsie - distal, 10 cm oberhalb des Außenknöchel:	
Bei Versand der Probe mit Post (bitte ankreuzen):	
<input type="checkbox"/> in gekühlter Zamboni (4-8° C) mit Kühlakku (Lagerung -20° C)	

Eingang: Probenanzahl:	<input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> in Zamboni Lösung <input type="checkbox"/> Kühlakku <input type="checkbox"/> andere:	Zuschnitt: Probenanzahl:	Intern
Datum/Uhrzeit:	Temperatur: _____	Datum/Uhrzeit:	
Labor (HZ):	Fixierdauer: _____	Arzt (Kürzel): Labor (HZ):	