

Auftrag zur neuropathologischen Liquordiagnostik

B-Nr.:

Intern

Name: Vorname:

Geburtsdatum: **Geschlecht:** w m

Anschrift:

stationär gesetzlich ambulant gesetzlich privat

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:

Name Arzt/Ärztin (Leserlich):

Unterschrift (Arzt/Ärztin):

Telefon-Nr. (für Rückfragen):

Entnahmedatum/Ausgangsdatum/-uhrzeit:

Infektiöses Material: ja / unbekannt

Wenn ja, welcher Erreger:

Zellzahl: _____ / µl Liquor

Farbe: klar / blutig / gelb

Untersuchungsmaterial:

Liquor Zytospin-Präparate (Anzahl)

Liquor nativ (ml)

Liquor Formalin fixiert (ml)

Eingang:

Probenanzahl:

Datum/Uhrzeit:

Labor (HZ):

Intern