

## Auftrag zur ultrastrukturellen Untersuchung

B-Nr.:

Intern



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

Einsender/Klinikstempel/Station:

<b>Klinische Angaben:</b>	<b>Name Arzt/Ärztin (Leserlich):</b>	
	<b>Unterschrift (Arzt/Ärztin):</b>	
	<b>Telefon-Nr. (für Rückfragen):</b>	
	<b>Entnahmedatum/ Ausgangsdatum/-uhrzeit:</b>	

Art des Untersuchungsmaterial:		
Lokalisation:		
Probe:		
Eingangsdatum/-uhrzeit (Neuropathologie):	Zuschnitt:	Intern
Empfang durch:	Arzt (Kürzel):	

Revision: 000/01.2026

Bearbeitung durch: Stephan, Chiana

Freigegeben durch: Acker, Till