

## Auftrag zur ultrastrukturellen Untersuchung

B-Nr.:

Intern



zertifiziert durch die  
DGM | Deutsche Gesellschaft  
für Muskelkrankheiten e.V.

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

Einsender/Klinikstempel/Station:

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

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