

## Auftrag zur histo-/molekularpathologische Untersuchung

|        |               |
|--------|---------------|
| B-Nr.: | <b>Intern</b> |
|--------|---------------|

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

| Klinische Diagnose/Bildgebung: |
|--------------------------------|
|                                |

| Anamnestische Angaben:   |   |  |
|--|---|--|
| Vor-Operation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Radiatio: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Chemotherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Frühere histopathologische Untersuchungen:                               |   | Steroidtherapie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| Art des Untersuchungsmaterials:  |                           |
|--|---------------------------|
| Lokalisation:  | Anzahl der Proben:        |
| Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt | Art (HIV, HepB, C, etc.): |
| Probe 1:   |                           |
| Probe 2:   |                           |
| Probe 3:   |                           |
| Probe 4:   |                           |
| Probe 5:   |                           |

|   |                                      |               |
|---|--------------------------------------|---------------|
| Ausgangsdatum/-uhrzeit (Neurochirurgie):  | Unterschrift Arzt:                   | <b>Intern</b> |
| Eingangsdatum/-uhrzeit (Neuropathologie): | Probenanzahl:<br>Unterschrift Labor: |               |

### INSTITUT FÜR NEUROPATHOLOGIE

Direktor: Prof. Dr. med. Till Acker

Arndtstraße 16  
35392 Gießen

Sekretariat:

Tel +49 (0)641 99 41181

Fax +49 (0)641 99 41189

[neuropathologie@uk-gm.de](mailto:neuropathologie@uk-gm.de)

Homepage:

[www.ukgm.de/neuropathology](http://www.ukgm.de/neuropathology)



Giessener Institut für  
Neuropathologie

### Einsender/Klinikstempel

Station:

Arzt:

Telefon:

Datum/Unterschrift