

Auftrag zur neuropathologischen Liquordiagnostik

B-Nr.:	Intern
dc-Aufnahme (HZ):	

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	

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

Homepage:

www.ukgm.de/neuropathology



Giessener Institut für
Neuropathologie

Einsender/Klinikstempel

Name (Arzt):

Unterschrift (Arzt):

Telefon-Nr. (Arzt):

Datum (Probenentnahme):

Klinische Angaben:

Infektiöses Material: ja / unbekannt

Wenn ja, welcher Erreger:

Zellzahl: _____ / μ l Liquor

Farbe: klar / blutig / gelb

Untersuchungsmaterial:

Liquor Zytospin-Präparate (Anzahl)

Liquor nativ (ml)

Liquor Formalin fixiert (ml)

Eingang:

Probenanzahl:

Datum/Uhrzeit:

Labor (HZ):

Intern