



Herrn Prof. Dr. M. Glatzel
Direktor des Instituts für Neuropathologie
Zentrum für Diagnostik
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Untersuchungsauftrag an die Neuropathologie

Einsendende Klinik/Praxis (Stempel)

Institution:
Station:
Straße:
PLZ Ort:
Tel./Fax:
Ansprechpartner:

Patientendaten (*Etikett mit Barcode!!!*)

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ Ort:
Ihre Fallnummer:
Kasse: ☐ Privat: ☐

Klinische Angaben

Art des Materials, Entnahmeort:
Symptomatik:
Verdachtsdiagnose:
Fragestellung:

.....
Datum

.....
Name (BLOCKBUCHSTABEN)

.....
Unterschrift

In einzelnen Fällen wird vom Institut für Neuropathologie selbständig ein Konsil von einem Referenzzentrum erbeten. Der Einsender wird im Begutachtungsbericht über die Konsilanforderung und das ausgewählte Referenzzentrum informiert. Sofern Einsender oder Patient der Konsilanforderung nicht widersprechen, stimmen sie der Datenweitergabe an das Referenzzentrum zu.

Eingang in der Neuropathologie: Datum: Uhrzeit: Mitarbeiter:

Eingangsnummer:

N