

Begleitbogen für Eingangsmaterial

Patientenangaben (Etikett): ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> <hr/> Name / Vorname <hr/> Geb. am <hr/> PLZ / Wohnort <hr/> Straße <hr/>	Eingangsdatum <hr/>	Eingangsnummer <hr/>
Absender: <hr/>		

Stationär: <input type="checkbox"/>	Ambulant: <input type="checkbox"/>	Telefon: _____	Fax: _____
--	---	-----------------------	-------------------

Privatpatient (Wahlleistung Arzt) <input type="checkbox"/>	Kasse: _____
---	---------------------

Bekannte Infektion (Hepatitis, HIV)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--------------------------------------	--

<u>Einsendung</u> <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Biopsat ZNS <input type="checkbox"/> Muskel: _____ <input type="checkbox"/> Nerv: _____ <input type="checkbox"/> Haut: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<u>Vorbefunde</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> im Hause <input type="checkbox"/> auswärts <hr/> <input type="checkbox"/> Familiäre Erkrankung <hr/>	<u>Medikation</u> Cortison ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstige Medikation <hr/>
---	---	---

<u>Anamnese</u> <hr/>	<u>Laborwerte</u> CRP: CK: Lactat-Ischämie-Test: Sonstige Werte:
---------------------------------	---

<u>Neuroradiologischer / Intraoperativer / Elektrophysiologischer Befund</u> <hr/>	<u>Molekularbiologische Anforderung</u> <input type="checkbox"/> MGMT <input type="checkbox"/> IDH1 <input type="checkbox"/> IDH2 <input type="checkbox"/> IDH1/IDH2 <input type="checkbox"/> LOH1p/19q <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> EGF-R
--	--

<u>Klinische Verdachtsdiagnose</u> <hr/>	
--	--

<u>Proben</u> <hr/>	
-------------------------------	--

Datum: _____	Unterschrift: _____	Druckschrift: _____
---------------------	----------------------------	----------------------------