

## NEUROPATHOLOGIE

Labor Tel. 044 255 21 05  
[histologielaor.neuropathologie@usz.ch](mailto:histologielaor.neuropathologie@usz.ch)

### Neurochirurgische Biopsien Muskelbiopsien Nervenbiopsien

Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

Bei Schnelldiagnose Antwort an:

Tel. \_\_\_\_\_

#### Patient

Pat.-Nr \_\_\_\_\_

Fall-Nr \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  unbekannt

Rechnung an  Patient  Auftraggeber

Andere: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des **einsendenden Arztes/Spitals**:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Befundkopie an:

Institution \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

*Bitte frei lassen*

#### Material

Schnellschnitt  Neurochirurgische Biopsie  Muskelbiopsie  Nervenbiopsie

#### Organ/Entnahmeort:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

#### Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Fragestellung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Bemerkungen (bei Studien nach Bezeichnung):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_