



UniversitätsSpital
Zürich

**Nationales Referenzzentrum
Für Prionenerkrankungen**

Institut für Neuropathologie
Schmelzbergstrasse 12
8091 Zürich

Tel.: (+41) 044 255 21 07,

Fax: (+41) 044 255 44 02

www.neuropathologie.usz.ch

Auftraggeber (Klinik, Adresse, Telefonnr.):

Datum: _____

Behandelnder Arzt: _____

Telefon / Sucher: _____

Rechnungsadresse: _____

A-Nr: _____

Patient männlich ☐ weiblich ☐

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse:

Klinikeintritt: _____

Beruf:

Auswärtige zytologische / bioptische
Untersuchungen:

Todesdatum: _____

Todeszeit: _____

Diagnose:

Besondere Fragestellung:

Anamnese, klin. Befunde, Verlauf (letzter Austrittsbericht), **Laborbefunde** (weitere Angaben auf sep. Blatt):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Kopie der pathologisch-anatomischen Diagnose an: