

NEUROPATHOLOGIE

Labor Tel. 044 255 21 05
histologielabor.neuropathologie@usz.ch

Liquor cerebrospinalis Protein 14-3-3 RT-QuIC

Auftrag für Liquor-Untersuchung
bei Verdacht auf Creutzfeld-Jakob-Krankheit

- ☐ Protein 14-3-3
☐ RT-QuIC

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 freilassen

Klinik

Demenz: _____

Myoklonien: _____

Visuelle Störung: _____

Zerebelläre Störung: _____

Extrapyramidale Störung: _____

Pyramidenbahnzeichen: _____

Neuropathische Schmerzen: _____

Psychiatrische Symptome: _____

Beschwerdebeginn: _____

Paraklinik

EEG: _____

MRI: _____

Liquor (Zellzahl, Protein): _____

Bemerkungen: _____