

NEUROPATHOLOGIE

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

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

☐ Muskelbiopsie ☐ Nervenbiopsie

Organ/Entnahmeort:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Klinische Angaben / Diagnose / bisherige Therapie

Fragestellung:

Bemerkungen (bei Studien nach Bezeichnung):
