

25

25

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> weiblich   <input type="checkbox"/> männlich   <input type="checkbox"/> Kind &gt;&gt; Vater/Mutter .....                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Name _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Vorname _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Strasse _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PLZ/Ort _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">c/o _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Geburtsdatum _____ Mobil Tel. _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">E-Mail _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AHV-Nr. _____</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <b>Befundbearbeitung</b>      <input type="checkbox"/> Eilt                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b>    Nr.: _____                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b>    Nr.: _____                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> <input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">                     Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____                 </div>	
<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> Mitglied-Nr. _____			
<input type="checkbox"/> <b>IV</b> Verfügungs-Nr. _____			
<input type="checkbox"/> <b>Unfall-Vers.</b> Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____			
<input type="checkbox"/> <b>Spital (stationärer Patient)</b> <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv.			
<input type="checkbox"/> <b>Patient</b> <input type="checkbox"/> <b>Einsender</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Beleg sofort an Einsender</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Andere</b> _____			

Bitte schwarz markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

## Neuropathologie - Forchstrasse 291

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

<b>Entnahmedatum:</b> _____	<b>Entnahmezeit:</b> _____
<b>Fixation in:</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert	
<b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat	
<b>Gewebe:</b> <input type="checkbox"/> Gehirn <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> Anderes	
<b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____	
<b>Neuroanatomische Lokalisation:</b>	<b>Radiologische Bildgebung:</b>
_____ _____	_____ _____
<b>Lokalisation</b>	<b>Klinische Angaben/ Fragestellungen</b>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

Lokalisation		Klinische Angaben/Fragestellungen	
5.		5.	
6.		6.	
7.		7.	
8.		8.	
9.		9.	
10.		10.	

### Erweiterte Klassifizierung

- Grosshirn:**       Extra-axial       Intra-axial  
 falls Intra-axial:  Frontal       Temporal       Parietal       Occipital
- Kleinhirn:**       Vermis       Hemisphäre
- Hirnstamm:**       Mittelhirn       Pons       Medulla
- Hypophyse:**       Adenomverdacht:  Hormonenaktiv       Hormoneninaktiv
- Spinal:**       Intramedullär       Extramedullär       Intradural       Epidural