

2024-26
NEURO-
MUSKULÄRES
ZENTRUM

zertifiziert durch die
DGM | Deutsche Gesellschaft
für Muskelkranke e.V.

Auftrag zur morphometrischen Untersuchung der epidermalen Nervenfaserdichte

B-Nr.:	Intern
--------	---------------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name Arzt/Ärztin (Leserlich):	
	Unterschrift (Arzt/Ärztin):	
	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	

Infektiöses Material: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Art (HIV, HepB, C, etc.):
--	---------------------------

Entnahmedatum/-uhrzeit:

Probe Hautbiopsie - distal, 10 cm oberhalb des Außenknöchel:

Eingang:	<input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> in Zamboni Lösung <input type="checkbox"/> Kühlpack <input type="checkbox"/> andere: Temperatur: _____ Fixierdauer: _____	Zuschnitt:	Intern
Probenanzahl:		Probenanzahl:	
Datum/Uhrzeit:		Datum/Uhrzeit:	
Labor (HZ):		Arzt (Kürzel): Labor (HZ):	