

Auftrag zur neuropathologischen Liquordiagnostik

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"/> unbekannt
Wenn ja, welcher Erreger:
Zellzahl: _____ / µl Liquor Farbe: <input type="checkbox"/> klar / <input type="checkbox"/> blutig / <input type="checkbox"/> gelb
Untersuchungsmaterial:
<input type="checkbox"/> Liquor Zytospin-Präparate (Anzahl)
<input type="checkbox"/> Liquor nativ (ml)
<input type="checkbox"/> Liquor Formalin fixiert (ml)

Eingang:	Intern
Probenanzahl:	
Datum/Uhrzeit:	
Labor (HZ):	