

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

## Untersuchungsantrag

### Neuropathologie

Prof. Dr. R. Buslei  
Prof. Dr. F. Kieseewetter  
& Kollegium



## Sozialstiftung Bamberg

Ärztliche Praxiszentren

MVZ am Bruderwald gGmbH

Praxis und Institut für Pathologie,

Neuropathologie, Molekulare

Diagnostik und Zytologie

Postfach 2420, 96015 Bamberg

Tel. 0951/503-13201

Fax. 0951/503-13209

Mail: mvz-pathologie@sozialstiftung-bamberg.de

OP Saal \_\_\_\_\_

Entnahmedatum \_\_\_\_\_

ambulant stationär privat Kasse

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!

Malignom bekannt?: ☐ nein/unbekannt

☐ ja: \_\_\_\_\_

☐ Plattenepithel-CA

☐ Adeno-CA

☐ NOS

Bekannte neuropathologische Diagnose?

☐ nein /unbekannt

☐ ja: \_\_\_\_\_

☐ Z.n. Radiatio

☐ Z.n. Chemotherapie

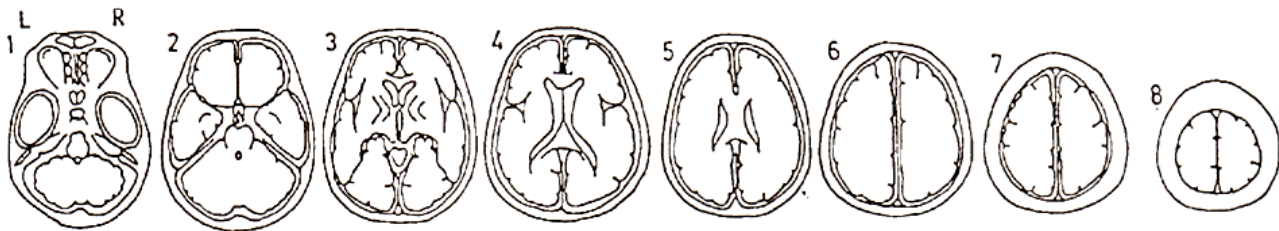
☐ Arztbrief / Vorbefunde im System

Patientenetikett

☐ **Schnellschnitt** (weitere Präparate folgen)

☐ **eiliger Fall** (dringliche Therapieeinleitung)

### Lokalisation:



### Fragestellung:

☐ Schrankenstörung im MRT

☐ 5-ALA Fluoreszenz intraoperativ

☐ ja

☐ wenig

☐ nein



HIRNTUMÖRZENTRUM BAMBERG

Stempel und Unterschrift d. Arztes