



Anforderungsformular Muskelhistologie für eingesandte Bioptate

Patientendaten (nach Möglichkeit großes Patientenetikett verwenden)

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ und Ort: _____
 Kostenträger: _____

Ein lichtmikroskopischer Vorbefund wird erwünscht (bitte unten Faxnummer angeben)

ambulant stationär

allgemein privat

Erstbiopsie Rebiopsie

Datum: _____

Klinische Angaben

Verdachtsdiagnose: _____

Biopsiemuskel: _____

CK: _____ Quick: _____ PTT: _____ Thrombozyten: _____

Paresen

seit Tagen seit Wochen seit Monaten seit Jahren keine

symmetrisch asymmetrisch

Arme Beine

proximal distal

Reflexe

normal gesteigert

EMG

o.p.B. myopathisch neurogen myoton pathol. Spontanaktivität

NLG

o.p.B. verlangsamt niedrige Amplitude

Laufende Therapie

keine Steroide Azathioprin Endoxan Methotrexat

i.v.lg Plasmapher./Immunads. andere

Therapiepause

seit weniger als 1 Monat seit 1-3 Monaten seit mehr als 3 Monaten

Biopsiestelle ausgewählt nach

Klinik EMG Myosonographie Kernspintomographie

Weitere Befunde

Schmerzen Atrophien Sensibilitätsstörungen Faszikulieren Hirnnerven-Ausfälle

Koordinationsstörungen Pyramidenbahnzeichen pos. Familienanamnese

Einsender

Anfordender Arzt: _____

Station und Klinik: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Anschrift: _____

Befund nachr. an: _____



Einverständniserklärung zur Verwendung des Muskelbiopats für wissenschaftliche Zwecke

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aufklärender Arzt: _____

Station und Klinik: _____

Gewebe, das nach Abschluss der zur Diagnostik erforderlichen histologischen Einbettung übrig bleibt, wird mit dem Einverständnis des Patienten vom Friedrich-Baur-Institut zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet; dabei werden die personenbezogenen Daten anonymisiert, lediglich die Diagnose wird gespeichert.

Zusätzliches Gewebe wird zu diesem Zweck bei der Muskelbiopsie nicht entnommen.

Die Einwilligung zu einer wissenschaftlichen Verwendung des Restmaterials ist freiwillig. Durch eine etwaige Ablehnung entstehen dem Patienten keinerlei Nachteile.

Ich habe diese zusätzliche Information zur Muskelbiopsie gelesen und hatte Gelegenheit, alle meine diesbezüglichen Fragen beantwortet zu bekommen. Mir ist bekannt, dass die Einwilligung zu diesem Projekt freiwillig ist.

Mit der Verwendung des nach Abschluss der Diagnostik übriggebliebenen Restmaterials zu wissenschaftlichen Zwecken

erkläre ich mich einverstanden.

erkläre ich mich nicht einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des aufklärenden Arztes