



Anforderungsformular Nervenhistologie für eingesandte Biopate

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: _____

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

Anamnese

Familienanamnese

Liquorbefund

EMG/NLG

Einsender

Anfordender Arzt: _____

Station und Klinik: _____

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Anschrift: _____

Befund nachr. an: _____



Einverständniserklärung zur Verwendung des Nervenbiopats 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 Nervenbiopsie 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 Nervenbiopsie 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