Begutachtungsauftrag		wird von der Neuropathologie ausgefüllt								
Patientendaten: (Druckbuchstaben oder Etikett!) Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ☐ w / ☐ m Strasse _____ PLZ / Ort _____ Krankenkasse _____		Eingangsdatum: _____ NP-Nr.: _____	Abrechnung Einsender: bitte unbedingt ausfüllen: Regelleistung: ☐ stationär ☐ ambulant Wahlleistung/Arzt: ☐ privat ☐ privat ambulant KVB I-III ☐ IV ☐ Post A ☐ B ☐ KVB I-III ☐ IV ☐							
Einsender: Klinikum / Praxis: _____ Arzt oder Ärztin: _____ Station: _____ Telefon: _____		Bitte Einsenderstempel/Chefarzt: _____ Datum, Unterschrift ☐ Bericht bitte vorab an Fax-Nr.: _____								
Entnahmedatum: _____	☐ Schnellschnitt Tel.: _____	☐ stereotaktische Hirnbiopsie Tel.: _____	☐ Nativmaterial ☐ fixiertes Material ☒ kein Schnellschnitt							
Frühere hist. / cyt. Untersuchung? Institut, Nr., Jahr: _____		☐ Einwilligung für UCT-Biobank liegt vor.								
Klinische Diagnose / Fragestellung: _____ _____ _____		Material: (Art, Entnahmestelle) _____ _____								
Erkrankungsbeginn: _____	Bisherige Therapie: ☐ Medikamente ☐ Radiatio ☐ Chemotherapie ☐ Embolisation									
ANFORDERUNG MOLEKULARPATHOLOGISCHER UNTERSUCHUNGEN:										
☐ MGMT-Promotor-Methylierung		☐ 1p/19q-Status (bitte 10 ml EDTA-Blut des Patienten mit einsenden)								
die grau unterlegten Felder werden von der Neuropathologie ausgefüllt!!!										
Makroskopischer Befund: _____ _____ _____										
Telefon: _____ Von: _____ An: _____ Datum: _____	Mitteilung / Diagnose: _____ _____ _____									
ICD-O: _____		_____								
3763	4861	4862	4863	4800	4802	4815	4816	4830	4834	4852