

# Neuropathologie

Pathologie Medica Enge  
Hottingerstrasse 9, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 99 88  
www.patho.ch



## PATHOLOGIE MEDICA ENGE

25

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber							
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> <b>Bitte schwarz markieren</b>                      Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!                 </div>							
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter .....									
Name	_____								
Vorname	_____								
Strasse	_____								
PLZ/Ort	_____	Behandelnder Arzt: _____	E-Mail: _____						
c/o	_____	<b>Rechnung an</b>							
Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> Mobil Tel. _____							<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b>	_____
E-Mail	_____	<input type="checkbox"/> <b>Unfall-/Militärvers.</b> Fall-Schaden-Nr. _____ Unfalldatum _____	_____						
AHV-Nr.	_____	<input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b>	_____						
<b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> <b>Eilt</b>		<input type="checkbox"/> <b>Einsender</b>	_____						
<input type="checkbox"/> <b>Telefon erwünscht</b> Nr.: _____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Spital</b>	<input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein Fall-ID _____						
<input type="checkbox"/> <b>Faxbericht erwünscht</b> Nr.: _____	_____	<input type="checkbox"/> <b>Anderer Rechnungsempfänger</b> (bitte vollständige Information): _____	_____						
<input type="checkbox"/> <b>Befundkopie an:</b> _____	_____	_____							
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		_____							
_____		_____							
_____		_____							
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   →   Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____									

# Neuropathologie

## Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____		Entnahmezeit: _____	
<b>Fixation in:</b>	<input type="checkbox"/> Formalin	<input type="checkbox"/> unfixiert (natives Gewebe für Nanopore-Sequenzierung)	
<b>Material:</b>	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Resektat	<input type="checkbox"/> Exzizat
<b>Gewebe:</b>	<input type="checkbox"/> Gehirn	<input type="checkbox"/> Spinal	<input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> Anderes
<b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> Schnellschnitt	<input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____	
<b>Neuroanatomische Lokalisation:</b>		<b>Radiologische Bildgebung:</b>	
_____		_____	
_____		_____	
<b>Lokalisation</b>		<b>Klinische Angaben/ Fragestellungen</b>	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____
4.	_____	4.	_____

Lokalisation	Klinische Angaben/ Fragestellungen
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

### Erweiterte Klassifizierung

- Grosshirn:**             Extra-axial             Intra-axial
- falls Intra-axial:  Frontal             Temporal             Parietal             Occipital
- Kleinhirn:**             Vermis             Hemisphäre
- Hirnstamm:**         Mittelhirn         Pons             Medulla
- Hypophyse:**         Adenomverdacht:  Hormonenaktiv     Hormoneninaktiv
- Spinal:**             Intramedullär     Extramedullär     Intradural         Epidural