Prof. Dr. med. Reinhold P. Linke
Medizinische Immunologie
Referenzzentrum für Amyloidkrankheiten

amYmed
Tel.: 0049 (0) 89-520 12 638
Fax: 0049 (0) 89-523 89 013

Auftrag zur Diagnose (Kliniker) **Formular 1 A**

Nachweis und Klassifizierung von Amyloid und anderer Proteinthesaurosen

.

Patient ☐ männl. ☐ weibl.

Vorname:……..…….…….……

Nachname:……...…….

geb. am: ……...…….……..

Adresse (bei Privat-Patient):……..

…….

…….

Behandlung: ☐ stationär ☐ ambulant

Auftraggeber:
(Name, Adresse, Stempel)

Datum, Unterschrift:
……

Auftrag wird erteilt für:

☐ Kongorotfärbung zum Nachweis von Amyloid

☐ Immunhistochemische Untersuchung und Klassifizierung des Amyloids und anderer Proteinspeicherkrankheiten

☐ Sonstiges:……

Kosten werden übernommen von:

☐ Auftraggeber (Klinik/Krankenhaus/Institut/Praxis)

☐ Privat-Patient

☐ Sonstige:……...

Wir berechnen unsere Leistungen nach der Deutschen Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ.

Beiliegende Gewebeproben:

Ihre E-No.:…….

Organ(e):……..……

……

□ …….. Paraffinleerschnitte (**20 Stück**)

□ …….. Paraffin Block

□ …….. Gewebe (bzw. Fettgewebe) in Formalin

□ ……..Fettgewebe, gepresst, 4 Objektträger

□ Sonstiges:……...

……

Zusendung durch die Pathologie:
(Name, Adresse, Stempel)

Datum, Unterschrift: