

Einsendebogen: Patienten mit Verdacht auf Autoantikörper

An
Prof. A. Becker
Institut für Neuropathologie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
53105 Bonn

Institut für Neuropathologie

**Sektion für
Translationale Epilepsieforschung**

Prof. Dr. med. Albert Becker

Diagnostik zur Abklärung einer Autoantikörper-bedingten Encephalitis

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei folgender/m Patientin/en besteht aufgrund der Klinik Verdacht auf eine Autoantikörper-bedingte Erkrankung. Zum Ausschluss bitte ich um die Durchführung entsprechender Diagnostik.

Institut für Neuropathologie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53127 Bonn

Telefon: +49 228 287-11352

+49 228 287-16549

Telefax: +49 228 287-14331

E-Mail: albert_becker@uni-bonn.de

Name: _____ **Vorname:** _____

Geschlecht: _____ **Geb.-Datum:** _____

Adresse: _____

Kostenträger/Versichertenstatus: _____

(Bei PKV-Patienten und Selbstzahlern ist zusätzlich unser Einwilligungsbogen zur Datenweitergabe mitzusenden).

Klinische Angaben:

Status: **Stationär** **Ambulant**

Anforderungen: **Serumdiagnostik** **Liquordiagnostik**

- **Antikörpersuchtests**
- **Immunoblots**
- **Spezifische Antikörpersuchtests**

(nicht zutreffendes bitte streichen)

Anforderer (Name + Anschrift + ggf. Station):

Unterschrift Anforderer

Datum

Bitte den Bogen komplett ausfüllen!