

Einsendebogen: Patienten mit Verdacht auf Autoantikörper

An das
Labor von Prof. A. Becker
Klinik für Epileptologie
UG Raum 01-202
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn

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.

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

Institut für Neuropathologie

*Sektion für
Translationale Epilepsieforschung*

Prof. Dr. med. Albert Becker

Institut für Neuropathologie
Universitätsklinikum Bonn
Venusberg-Campus 1
D-53127 Bonn

Telefon: +49 228 287-11352
+49 228 287-16549
Telefax: +49 228 287-14331
E-Mail: albert_becker@uni-bonn.de

Ansprechpartner Sekretariat:
Herr Nico Hoffmann

Telefon: +49228 287-16549
E-Mail: nico.hoffmann@ukbonn.de

Ansprechpartnerin Labor:
Frau Pia Trebing

Telefon: +49 228 287-19128/ 19355

Bitte den Bogen komplett ausfüllen!