An das

Labor von Prof. A. Becker

Klinik für Epileptologie

UG Raum 01-202

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

PLZ Ort

**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

**Bitte den Bogen komplett ausfüllen!**