An das

Labor von Prof. A. Becker

Klinik für Epileptologie

UG Raum 01-202

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

**-Extern-**

**Diagnostik zur Abklärung einer limbischen Encephalitis**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei folgender/m Patientin/en besteht aufgrund der Klinik Verdacht auf limbische Encephalitis. Zum Ausschluss bitte ich um die Durchführung entsprechender Diagnostik.

**Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geb.-Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kostenträger/Krankenkasse:**

**Klinische Angaben:**

**Status: Stationär □ Ambulant □**

**Anforderungen: Serumdiagnostik □ Liquordiagnostik □**

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

**(nicht zutreffendes bitte streichen)**

**Anforderer (Name und Anschrift):**

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Datum, Unterschrift Anforderer