

Einsendebogen: Patienten mit Verdacht auf Autoantikörper

An das
Encephalitislabor
Prof. A. Becker
Klinik für Epileptologie
UG Raum 01-202
Venusberg-Campus 1

Diagnostik zur Abklärung einer Autoantikörper-bedingten Enzephalitis

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.

Prof. Dr. med. Albert Becker

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

Name: _____ **Vorname:** _____

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

Adresse: _____

Kostenträger/Versichertenstatus: _____

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

Ansprechpartner Sekretariat:
Herr Nico Hoffmann

Telefon: +49 228 287-16549
E-Mail: nico.hoffmann@ukbonn.de

Ansprechpartnerin Labor:
Frau Pia Trebing

Telefon: +49 228 287-16399
E-Mail: pia.trebing@uni-bonn.de

Klinische Angaben:

Status: Stationär Ambulant

Anforderungen: Serumdiagnostik Liquordiagnostik

Onkoneuronale AKs (anti-Tr, -GAD65, -Zic4, -Titin, -SOX1, -Rec, -Hu, -Yo, -Ri, -Ma/Ta2, -CV2, -Amp)

Mosaik 6/GAD 65 (anti-NMDA, -AMPA R1/2, -DPPX, -CASPR R2, -LGI1, -GABARB1, -GAD65)

Neuromuskuläre CBA (anti-AChR-E, AChR-G, -MuSK)

Antikörpersuchtests (Screening)

Nach Rücksprache anti-Drebrin, anti-PDH complex.

Anforderer (Name + Anschrift + ggf. Station):

Unterschrift Anforderer

Datum

Bitte den Bogen komplett ausfüllen!