

Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse)

Neurologische Klinik und Poliklinik

Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. Tegenthoff
Muskellabor

Frau Schreiner, Frau Mertens-Rill
Haus 10, UG, Raum XU49
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1
44789 Bochum

Telefon 0234/ 302 - 4774

Fax 0234/ 302 - 4775

Mail:

anja.schreiner@bergmannsheil.de

j.mertens-rill@bergmannsheil.de

Die Biopsie muss mind. **1 Tag vor** der Entnahme telefonisch oder per Fax des Anforderungsscheins in unserem Labor angekündigt werden und bis 12 Uhr im Muskellabor eintreffen!!!

Biopsiedatum: ____/____/20____

Entnahmestelle: _____
rechts links

Krankenhaus: _____

Station: _____

Beh. Arzt: _____

Tel: _____

Fax: _____

Klinische Verdachtsdiagnose:

Familienanamnese:

Symptomatik:

Klinischer Untersuchungsbefund:

Labor:

CK-Wert:

Belastungstest (Laktatwerte angeben):

Ischämietest (Laktat-, Ammoniakwerte angeben):

**Neurographie-Befunde,
einschließlich Endplatten-
Diagnostik:**

EMG-Befund:

**Vorherige Histologische Befunde
(Nerv-/Muskelbiopsie):**