Institut für Neuropathologie
Direktor: Prof. Dr. M. Glatzel

Zentrum für Diagnostik

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52218
Telefax: (040) 7410-54929
m.glatzel@uke.uni-hamburg.de
www.uke.de/neuropathologie
Diensthabender Arzt: 015222817702

Herrn Prof. Dr. M. Glatzel
Direktor des Instituts für Neuropathologie-
Zentrum für Diagnostik
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Untersuchungsauftrag an die Neuropathologie

Einsendende Klinik/Praxis (Stempel)

Institution: _____

Station: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ansprechpartner: _____

Patientendaten (Etikett mit Barcode)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Ihre Fallnummer: _____

Kasse ☐ Selbstzahler RG Privat ☐ .

Mitbehandelnde Ärzt:innen: _____

Hinweis: Röhrchen mit flüssigen Proben (Liquor etc.) bitte immer in einem festen auslauf- und bruchsicheren Umbehälter einsenden (keine Zip-Tüten)!

Klinische Angaben

Art des Materials, Entnahmeort: .....

Symptomatik/Verdachtsdiagose: .....

Fragestellung: .....

In bestimmten Fällen kann es medizinisch erforderlich sein, zur Begutachtung des Ihnen entnommenen Gewebes ein fachlich besonders spezialisiertes Referenzzentrum konsilarisch hinzuzuziehen. Hierfür erhält das Referenzzentrum auch Teile Ihres Gewebes und Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten i.S.v. Art. 9 Abs. 1 DSGVO. Zum Zeitpunkt der Gewebeentnahme steht noch nicht fest, welches Referenzzentrum einzubeziehen ist.
Ich willige in die zur Begutachtung meines Gewebes erforderliche Übermittlung meiner Daten und meines Gewebes an und Verarbeitung durch ein noch nicht benanntes Referenzzentrum ein. Ich entbinde insoweit die mich behandelnden Ärzte und deren Vertreter und Gehilfen von Ihrer Schweigepflicht. Meine Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerruflich.
☐ **Ja** ☐ **Nein**

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der elterlichen

Eingang in der Neuropathologie: Datum: ..... Uhrzeit: ..... Mitarbeiter: .....

Eingangsnummer: **N**