

# Neuropathologie

MEDICA Pathologie  
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich  
Tel. 044 269 99 88  
medica.ch/pathologie

25



PATHOLOGIE  
MEDICA ENGE

H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Patienten-Nr. des Arztes:</b> _____		<div>Bitte <b>schwarz</b> markieren</div>  <div>Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name	_____	Behandelnder Arzt: _____ E-Mail: _____	
Vorname	_____		
Strasse	_____	<b>Rechnung an</b>	
PLZ/Ort	_____		
c/o	_____	<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> _____	
Geburtsdatum	____/____/____ Mobil Tel. _____	Mitglied-Nr. _____	
E-Mail	_____	<input type="checkbox"/> <b>Unfall-/Militärvers.</b> _____	
AHV-Nr.	_____	Fall-Schaden-Nr. _____	
<b>Befundbearbeitung</b> <input type="checkbox"/> Eilt		Unfalldatum _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b> _____	
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> <b>Einsender</b> _____	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> <b>Spital</b> _____	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		<input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein	
_____		Fall-ID _____	
_____		<input type="checkbox"/> <b>Anderer Rechnungsempfänger</b> _____	
_____		(bitte vollständige Information): _____	
_____		_____	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   →   Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

## Neuropathologie

### Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:		Entnahmezeit:	
<b>Fixation in:</b> <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert (natives Gewebe für Nanopore-Sequenzierung)			
<b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Exzizat			
<b>Gewebe:</b> <input type="checkbox"/> Gehirn <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Hypophyse <input type="checkbox"/> Anderes			
<b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht: _____			
<b>Neuroanatomische Lokalisation:</b> _____			
<b>Radiologische Bildgebung:</b> _____			
_____			
_____			
<b>Lokalisation</b> <b>Klinische Angaben/Fragestellungen</b>			
1.	1.		
2.	2.		
3.	3.		
4.	4.		

Lokalisation		Klinische Angaben/ Fragestellungen	
5.		5.	
6.		6.	
7.		7.	
8.		8.	
9.		9.	
10.		10.	

**Erweiterte Klassifizierung**

- Grosshirn:**  
falls Intra-axial:

☐ Extra-axial  
☐ Frontal

☐ Intra-axial  
☐ Temporal

☐ Parietal  
☐ Occipital
- Kleinhirn:**

☐ Vermis

☐ Hemisphäre
- Hirnstamm:**

☐ Mittelhirn

☐ Pons

☐ Medulla
- Hypophyse:**

☐ Adenomverdacht:

☐ Hormonenaktiv

☐ Hormoneninaktiv
- Spinal:**

☐ Intramedullär

☐ Extramedullär

☐ Intradural

☐ Epidural