

## Antragsschein - Neurochirurgisches UM

Patientenetikette:

Datum:

### Klinische Angaben

---

### Vorbehandlungen

Operation (Jahr):

Chemotherapie (Jahr):

Radiotherapie (Jahr):

### Lokalisation

Rechts

Links

Mittellinie

Frontal

Temporal

Parietal

Occipital

Basalganglien

Thalamus

Ventrikel

Hirnstamm

Kleinhirnwurm

Kleinhirnhemisphäre

Kleinhirnbrückenwinkel

Orbita

Hypophyse

andere: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule:

Bandscheibe

Bandapparat

Höhe: \_\_\_\_\_

Epidural

Intradural

Subdural

Extraspinal

Intraspinal

### Bei Hypophysentumoren

Hormonstatus: ACTH FSH HGH LH Prolactin TSH keine

## Bildgebung

Kontrastmittel-Anreicherung: ja      nein

Verdachtsdiagnose \_\_\_\_\_

**Operateur (Name)** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**NP-Labor** Maße: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ x \_\_\_\_ cm      GFS – GFM – EM - FFPE