

Bereich: Neuropathologie  
**Bereichsleitung: Prof. Dr. med. habil. Serge Weis**  
T +43 (0) 5 7680 87 - 26310  
F +43 (0) 5 7680 87 - 26304  
Sekr.: Tel: #43 5 7680-87 26301

## Antragsschein - Neuropathologie Untersuchung *Muskel- und Nervenbiopsie*

Patientenetikette: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Biopsiematerial

Muskel / Nerv: \_\_\_\_\_ Seite: rechts/links, Biopsie: offen/Nadel

### Klinische Angaben

Symptomatik seit: \_\_\_\_\_ symmetrisch - asymmetrisch - distal - proximal

	ja / nein	Belastungsabhängig ja / nein	Progredient ja / nein
Paresen			
Atrophien			
Myalgien			
Faszikulationen			
Ermüdbarkeit			
.....			

**Elektromyographie:** \_\_\_\_\_ **NLG:** \_\_\_\_\_

**Labor:** CK: \_\_\_\_\_, CK – MM: \_\_\_\_\_, CRP: \_\_\_\_\_, BSG: \_\_\_\_\_  
Lactat: \_\_\_\_\_, Andere: \_\_\_\_\_

**Anamnese:** Alkohol: \_\_\_\_\_, Diabetes: \_\_\_\_\_, Schilddrüse: \_\_\_\_\_  
Cardiomyopathie: \_\_\_\_\_, Tumor i. Anamnese: \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:** \_\_\_\_\_

**Genetik:** autosomal: \_\_\_\_\_, recessiv: \_\_\_\_\_, dominant: \_\_\_\_\_

**Medikamente:** Statine: ja / nein, seit: \_\_\_\_\_,  
Steroide: ja / nein, seit: \_\_\_\_\_, vor der Biopsie: ja/nein

**Vorherige Biopsien:** \_\_\_\_\_

**Patient:** stationär, überwiesen von: \_\_\_\_\_

**Klinische Verdachtsdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt (Name):** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

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