

Institut für Neuropathologie  
Remterweg 2 D-33617 Bielefeld-Bethel  
☎ (0521) 772-79011 ☎ (0521) 772-79014  
E-Mail: barbara.menzel@evkb.de

N \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Westf. Wilhelms-Universität Münster  
www.evkb.de/neuropathologie

## Auftrag zur Begutachtung einer Muskelbiopsie

### Patient (Aufkleber)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ w / m  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Einsender (Stempel)

Klinik: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Station: \_\_\_\_\_  
Arzt: \_\_\_\_\_  
☎ / ☎ : \_\_\_\_\_

**Material:** M. \_\_\_\_\_ rechts / links      Entnahmedatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
10 ml Citrat-Blut: nein / ja      10 ml Serum: nein / ja      Entnahmeuhrzeit: \_\_\_\_\_

**Symptomatik**      seit \_\_\_\_\_ belastungsabhängig: nein / ja      progredient: nein / ja

Paresen:                      nein / ja, an \_\_\_\_\_

Atrophien:                    nein / ja, an \_\_\_\_\_

Ermüdbarkeit:                nein / ja, an \_\_\_\_\_

Myalgien:                      nein / ja, an \_\_\_\_\_

Myotonie:                      nein / ja, an \_\_\_\_\_

Faszikulationen:              nein / ja, an \_\_\_\_\_

Andere (Haut, ZNS, ...)      nein / ja, an \_\_\_\_\_

### Labor

CK-MM: \_\_\_\_\_ (U/l)      Normwert: \_\_\_\_\_

Pyruvat: \_\_\_\_\_ (µmol/l)      Normwert: \_\_\_\_\_

Lactat: \_\_\_\_\_ (mmol/l)      Normwert: \_\_\_\_\_

CRP: \_\_\_\_\_ (mg/l)      Normwert: \_\_\_\_\_

BSG: \_\_\_\_\_ (mm/h)

Ischämietest pathologisch:      nein / ja / n.d.

### Weitere Untersuchungen

Elektromyographie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Elektroneurographie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kernspintomographie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Alkohol: nein / ja      Diabetes: nein / ja      Kardiomyopathie: nein / ja      Schilddrüse: o.p.B. / pathol.

Rheumat. Erkrankungen: nein / ja \_\_\_\_\_

Tumorleiden:                      nein / ja \_\_\_\_\_

Medikamente (z.B. Steroide, Lipidsenker): nein / ja \_\_\_\_\_

Neuromuskuläre Erkrankungen in der Familie: nein / ja \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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