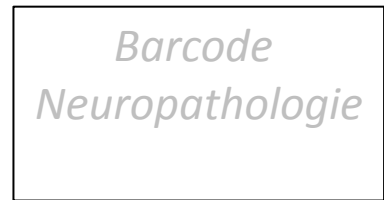


Direktor: Prof. Dr. med. Walter J. Schulz-Schaeffer

Patientenname: _____
 Geb.-Datum: _____
 Einsender: _____



**Antrag Gewebeuntersuchung
Muskel- / Nervenbiopsie**

Zuständ. Arzt /Ärztin (Piepser):
 Station:
 Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

<u>Entnahmeort:</u>	<u>Termin der Biopsie:</u>
----------------------------	-----------------------------------

Fragestellung/Verdachtsdiagnose:

Besondere **Infektionsgefahr** bekannt (Tbc, Hepatitis o.ä)?

<u>Klinik:</u>	<u>Verteilungsmuster:</u>	<u>Weitere:</u>
Myalgien <input type="radio"/>	Symmetrisch <input type="radio"/>	
Kraftminderung <input type="radio"/>	Asymmetrisch <input type="radio"/>	
Paresen <input type="radio"/>	Proximal <input type="radio"/>	
Plegien <input type="radio"/>	Distal <input type="radio"/>	
	Obere Extrem. <input type="radio"/>	
	Unt. Extrem. <input type="radio"/>	
	Fazial <input type="radio"/>	
Familienanamnese:		

Labor:

CK-Wert: Laktat:

Nachweis Autoantikörper:

Pathologischer Laktatergometrietest Pathologischer Laktatischämietest

EMG:

Myopathisch andere:

Neurogen

Myotoniezeichen

NLG:

Verminderte Amplitudenhöhe

Verminderte Leitungsgeschwindigkeit

Leitungsblock

<u>MRT:</u>	<u>Muskelsonografie:</u>
--------------------	---------------------------------