

Autoimmunologie Labor

Fax: 0931-201 26357
 Josef-Schneider-Str. 2 · 97080 Würzburg

Version 12, Gültig ab: 24.08.2022

Patientendaten Name: Geb. Datum: Adresse: <input type="checkbox"/> Krankenkasse: <input type="checkbox"/> privat versichert - Versicherer:	Einsender	Laboreingang: Datum: Zeit:
	Entnahmetag: Zeit Probennehmer/-in Vorbefund: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass das mir entnommene Untersuchungsmaterial an der Univ.-Hautklinik Würzburg untersucht wird. Datum: Unterschrift Patient/in:		

Direkte Immunfluoreszenz (Gewebe)				
Biopsiestelle:				
<input type="radio"/> gesunde Haut <input type="radio"/> läsional <input type="radio"/> periläsional				
Art des Versands:	<input type="radio"/> nativ	<input type="radio"/> kryofixiert	<input type="radio"/> in DIF Transportmedium	<input type="radio"/> in physiol. NaCl Lösung (max. 72 h)
Diagnose/Fragestellung:				

	Basalmembran	Interzellulär	Gefäßwand
IgG			
IgM			
IgA			
C3			
Fibrinogen			

Befunder:
Bemerkungen: