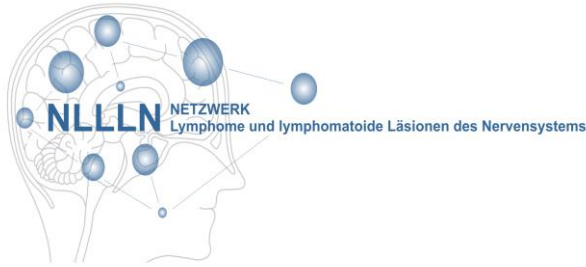


Institut für Neuropathologie  
Direktor: Prof. Dr. med. Guido Reifenberger



Sprecherin: Prof. Dr. med. Martina Deckert

**Eingang Neuropathologie Düsseldorf:**

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

NLLLN-Nummer: \_\_\_\_\_

NP-Nummer: \_\_\_\_\_

R-Nummer: \_\_\_\_\_

**Anschrift für Einsender:** Netzwerk Lymphome und lymphomatoide Läsionen des Nervensystems (NLLLN)  
Institut für Neuropathologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstr. 5, D-40225 Düsseldorf

Patient/in  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

w	<input type="checkbox"/>
m	<input type="checkbox"/>
stat.	<input type="checkbox"/>
amb.	<input type="checkbox"/>
GKV	<input type="checkbox"/>
PKV	<input type="checkbox"/>

Stempel Einsender

Behandelnde Klinik:

Einsender-Nummer:

Rechnungsadresse:

**Klinische Angaben:**

Verdachtsdiagnose:

Anamnese:

Medikamente allgemein:

Kortison: ja  nein

Therapiestudie: ja  nein  Welche: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Material:**

**Eingesandtes Material:**

<input type="checkbox"/> Paraffinblöcke	<input type="checkbox"/> Schnittpräparate	<input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Kryoblöcke	<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Die Proben dürfen für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden ja  nein

Die Proben können im zentralen Archiv des NLLLN verbleiben. ja  nein

Datum

Unterschrift Einsender

Einsender in Druckbuchstaben