

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Schön  
**Dermatopathologisches Einsendelabor**  
 Oberärztliche Leitung: Prof. Dr. med. C. Mitteldorf  
 Funktionsbereich Immunfluoreszenz  
 37099 Göttingen  
 Telefon Sekretariat 0551 / 39-69507  
 0551 / 39-62571  
 Fax 0551 / 39-68405  
 E-Mail dermatopathologie@med.uni-goettingen.de

## Direkte Immunfluoreszenz – externe Einsender

Einsender: Praxis- / Stationsstempel	Entnahmedatum:	Eingangsdatum Pathologie:
	Lokalisation:	
_____ Unterschrift Arzt / Ärztin	Histologie entnommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lagerung Platz:

### Fragestellung / Verdachtsdiagnose(n):

#### Periläsionale Biopsie

- Pemphigoid - Erkrankung
- Pemphigus - Erkrankung
- Morbus Duhring
- andere Erkrankung: \_\_\_\_\_

#### Läsionale Biopsie

- Vaskulitis
- Lupus erythematodes
- Lichen ruber
- andere Erkrankung: \_\_\_\_\_

#### Befund:

	Epidermis	Basalmembran	Gefäßwände
IgG			
IgM			
IgA			
C3			
Fibrinogen			

Gefärbt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Vorgelegt zur Befundung am \_\_\_\_\_ Befunder: \_\_\_\_\_