

Referenzzentrum - Liquordiagnostik des Forschungs- und  
Behandlungsnetzwerkes HIT  
Institut für Neuropathologie  
Prof. Dr. med. C. Hagel  
Haus O50  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

FAX: 040-7410-54929  
Tel.: 040-7410-53222

einsendende Klinik (Stempel)

\_\_\_\_\_  
Patienten Name

Histologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Geburtsdatum

Studie/ Register: \_\_\_\_\_

Datum Tumor-OP: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Primärdiagnostik / Staging**

<input type="checkbox"/> Lumbal präoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel intraoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Lumbal intraoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Lumbal postoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel postoperativ	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____

**Diagnostik im Verlauf**

- Begründung:**
- Während Therapie vor Erreichen CR
  - Untersuchung bei R+ und/oder Metastasen nach Therapieelement
  - Verdacht auf Rezidiv

**Angaben zum Therapiezweig und/oder zur derzeitigen Therapie:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- nach Zyklus/ Block Nr. \_\_\_\_
- nach Bestrahlung
- nach HDCT
- anderer Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
- Nachsorge

<input type="checkbox"/> Lumbal-Liquor	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Ventrikel-Liquor	Punktionsdatum:	____ . ____ . ____

**Angaben zum lokalen Befund:**

- positiv
- negativ
- unklar
- nicht durchgeführt

**Klinische Angaben:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte mindestens 2 (wünschenswert sind 5) ungefärbte, unfixierte und luftgetrocknete Zytospinpräparate einsenden!

(Bitte auch Anleitung zur Herstellung beachten !)

Version Okt 2014