

Anforderung Immunmorphologie

Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

(Patientenetikett)

Universitätsklinikum Münster

Klinik für Hautkrankheiten
– Allgemeine Dermatologie und Venerologie –
Univ.-Prof. Dr. med. K. Steinbrink
Direktorin

Bereich Immunmorphologie

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan A. Braun

Von-Esmarch-Str. 58
48149 Münster

T +49 251 83-56532

F +49 251 83-55733

Einsender:

Verdachtsdiagnose _____

Haut 1

Entnahmestelle _____

Haut2

Entnahmestelle _____

☐ **IgG ,IgA, IgM, C3,Fibrinogen**

☐ **anderes**

Datum:

Unterschrift:

Eingang: _____

Nr.: _____