

Fall Nr.

**Diagnose oder
Verdachtsdiagnose**

**Differentialdiagnose/
Spezialfärbungen**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

**Diagnosen bitte an die
Deutsche Abteilung der IAP
Auguststr. 19 - 29
D-53229 Bonn
senden.**

**Um Ihnen die Punkte für die Durchsicht der Lehrserie gutschreiben zu
können, bitte Ihren Namen und die Mitgliedsnummer vermerken.
Die Weiterleitung an den Tutor erfolgt anonym.**