

## Antrag auf nephropathologische Begutachtung

**Patientendaten (Patientenaufkleber)**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

**Station:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auftraggeber / Paxisstempel

Ambulant:  (Bitte Überweisung beifügen!)      Stationär:       Privat:  (Bitte Adresse angeben)

**Klinische Diagnose und Fragestellung:**

\_\_\_\_\_

**Anamnese/Verlauf/Vorerkrankungen**

\_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_ HTN seit: \_\_\_\_\_ Diabetes:  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

**Laborbefunde**

**Serum**

Creatinin: \_\_\_\_\_ Clearance: \_\_\_\_\_ Harnstoff: \_\_\_\_\_

Gesamtprotein/Albumin: \_\_\_\_\_

C<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ C<sub>4</sub>: \_\_\_\_\_

ANA: \_\_\_\_\_ ANCA: \_\_\_\_\_ Anti GBM: \_\_\_\_\_

ASL: \_\_\_\_\_ sonstiges: \_\_\_\_\_

**Urin**

Proteinurie: \_\_\_\_\_ Erythrozyturie: \_\_\_\_\_

Leukozyturie: \_\_\_\_\_ Zylinder: \_\_\_\_\_

**Eigenniere**

**Transplantatniere**

\_\_\_\_\_

**Tx-Datum**

**Eilig**

\_\_\_\_\_

**(Zuständiger Arzt Nephrologie)**

\_\_\_\_\_

**Telefon/Pieper**

\_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift**