

ANTRAG AUF HISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNG EINER NIERENBIOPSIE

Patientenname, Vorname: _____
Geburtsname _____ Geburtsdatum: _____
Geschlecht m w **J.-Nr.** _____
Krankenkasse (Patientenaufkleber bitte auf Rückseite) _____ Eingegangen: _____
 Ambulanz Station Tel. Station: _____ Wahlleistung Patient/Chefarztbehandlung

VORERKRANKUNGEN / RENALE ERKRANKUNGEN: _____

Nierentransplantat: ja nein Datum d. Transplantation.: _____ Vorbiopsie-Nr.: _____
Kalte Ischämiezeit: _____ /Std. _____ / Min.
Daten und Art vorheriger Rejektionen: _____

THERAPIE (insb. Markumar, ASS, Plavix/Iscover): _____

Fragmentozyten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht gemacht			
BSG	_____ mm/h	LDH:	_____ U/l	Antikörper: _____
Hämoglobin:	_____ g%	CK:	_____ U/l	dsDNA _____
Leukozyten:	_____ / μ l	AP:	_____ U/l	ANA _____
Thrombozyten:	_____ / μ l	Bilirubin:	_____ mg%	pANCA _____
		Glukose:	_____ mg%	cANCA _____
Arterieller Druck:	_____ mm Hg	Albumin:	_____ g%	C3 _____
Plasma-Kreatinin:	_____ mg/dl	Cholesterin:	_____ mg%	C4 _____
Harnstoff-N:	_____ g/dl	Triglyzeride:	_____ mg%	Anti GBMAk _____
Erythrozyten i.U.:	_____ / μ l	Urinmenge:	<input type="checkbox"/> Normurie <input type="checkbox"/> Polyurie <input type="checkbox"/> Oligourie/Anurie	
Leukozyten i.U.:	_____ / μ l	Urinelektro-	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tubulär <input type="checkbox"/> glomerulär selektiv	
Proteinurie:	_____ mg/d	phorese:	<input type="checkbox"/> nicht gemacht <input type="checkbox"/> Mischproteinurie <input type="checkbox"/> glomerulär unselektiv	

BEMERKUNGEN

Absender: Kliniken der Stadt Köln gGmbH Telefon: 0221/8907-3825 (Ansprechpartnerin: Frau Moser)
Krankenhaus Merheim - Med. Klinik I Fax: 0221/8907-3652
Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln

Bitte nachrichtlich auch an:

Einweiser: _____ Fax-Nr: _____
und internes Biopsieregister (Frau Schmitz-Halm, Fax: 0221 / 8907-3078)

Ort: _____
Datum: _____ (Unterschrift des einsendenden Arztes)

Anlage: _____