Deutsches Krebsforschungszentrum
Univ. - Prof. Dr. med. H.-J. Gröne
Histopathologische Spezialdiagnostik
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg Telefon: 06221/424353 ab 17:00 Uhr Fax: 06221/424363

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: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht gemacht

BSG	_____	mm/h	LDH:	_____	U/l	**Antikörper**:	_____
Hämoglobin:	_____	g%	CK:	_____	U/l	dsDNA	_____
Leukozyten:	_____	/µl	AP:	_____	U/l	ANA	_____
Thombozyten:	_____	/µl	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.:	_____ /µl	Urinmenge:	☐ Normurie	☐ Polyurie	☐ Oligourie/Anurie
Leukozyten i.U.:	_____ /µl	Urinelektro-	☐ normal	☐ tubulär	☐ glomerulär selektiv
Proteinurie:	_____ mg/d	phorese:	☐ nicht gemacht	☐ Mischproteinurie	☐ glomerulär unselektiv

BEMERKUNGEN _____

Absender: Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Krankenhaus Merheim - Med. Klinik I
Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln

Telefon: 0221/8907-8554 (Ansprechpartnerin: Frau Grau)
Fax: 0221/8907-8573

Bitte nachrichtlich auch an:

Einweiser: _____ Fax-Nr: _____

Ort: _____

Datum: _____

_____
(Unterschrift des einsendenden Arztes)

Anlage: _____