

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

Datum der Transplantation / /

Kalte Ischämiezeit: Std. Min.

Vorbiopsie-Nr.

Daten und Art vorheriger Rejektionen:

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

BSG	mm/h
Hämoglobin:	g%
Leukozyten:	/ μ l
Thombozyten:::	/ μ l
Fragmentozyten:	ja
LDH:	U/l
CK:	U/l
AP:	U/l
Bilirubin:	mg%
Glukose:	mg%
Albumin:	g%
Cholesterin:	mg%
Triglyzeride:	mg%

Urinmenge:	Normurie
Erythrozyten i.U.:	/ μ l
Leukozyten i.U.:	/ μ l
Proteinurie:	mg/d
Urinelektrophorese:	normal

Antikörper:
dsDNA
ANA
pANCA
cANCA
C3
C4
Anti GBMAk

Arterieller Druck:	/	mm Hg
Plasma-Kreatinin:		mg/dl
Harnstoff-N:		g/dl

BEMERKUNGEN:

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

Telefon: 0221/8907-3965
Fax: 0221/8907-3189

Bitte nachrichtlich auch an:

Einweiser: Fax-Nr. /

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

Ort:

Datum: / /

(Unterschrift des einsendenden Arztes)

Anlage: