

Histologie Niere

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Geburtsdatum T T M M J J <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> Geschlecht M W <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>									
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)									

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____ _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere:
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Lokalisation: 1)	Art des Materials: <input type="checkbox"/> Biopsie (nativ) <input type="checkbox"/> Biopsie (Formalin) <input type="checkbox"/> Biopsie (Glutaraldehyd)
2)	<input type="checkbox"/> Biopsie (nativ) <input type="checkbox"/> Biopsie (Formalin) <input type="checkbox"/> Biopsie (Glutaraldehyd)
3)	<input type="checkbox"/> Biopsie (nativ) <input type="checkbox"/> Biopsie (Formalin) <input type="checkbox"/> Biopsie (Glutaraldehyd)

Datum der Entnahme:

Stempel, Name und Telefon-Nr.
des einsendenden Arztes

Bitte Rückseite beachten!

Nierengrösse: links: gross mittel klein

rechts: gross mittel klein

Pyelogramm: durchgeführt nicht durchgeführt

Veränderungen

.....

.....

Blutdruck:

Laborwerte:

Datum:

Gesamteiweiss: normal erniedrigt erhöht

Paraprotein: ja nein nicht bestimmt

Typ:

Harnstoff: normal erhöht Wert:

Serumkreatinin: normal erhöht Wert:

Kreatinin-Clearance: normal normalerniedrigt Wert:

Antinukleäre Ak: normal normalerhöht Wert:

A N C A: normal normalerhöht Wert:

Immuserologie:

Urinbefunde:

Datum:

Proteinurie gr / 24 Std:

Erythrozyten (pro GHF):

Leukozyten (pro GF):

Zylinder: keine hyalin granuliert

Bakteriologie / Virologie: