

Histologie Niere

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ 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:

Immunserologie:

.....

.....

Urinbefunde: Datum:

Proteinurie gr / 24 Std:

Erythrozyten (pro GHF):

Leukozyten (pro GF):

Zylinder: ☐ keine ☐ hyalin ☐ granuliert

Bakteriologie / Virologie: