

## Histologie Niere

Name, Vorname, Ledigensname (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           Geburtsdatum            T T M M J J  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;">           Geschlecht            M W  <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

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

**Kopie(n) an:**

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

<b>Lokalisation:</b> 1)	<b>Art des Materials:</b> <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: .....