



**Medizinische Hochschule
Hannover**

MHH, OE 6720, D-30623 Hannover

**Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und
Stoffwechselerkrankungen
Prof. Dr. med. D. Haffner, Direktor**

Carl-Neuberg-Straße 1
D - 30625 Hannover
Telefon: 0511 532-3220 (Pforte)
www.mh-hannover.de

Anfrage an die pädiatrische Nephrologie für eine Routinevorstellung

**Bitte die Anfrage zusammen mit den Befunden (Arztbriefen, Labor, Befunde, Perzentilen etc.)
per Fax an 0511-5304830 oder per email an kindernierenzentrum.hannover@kfh.de**

Patient: Name: _____

geb.: _____; Geschlecht ☐ m, ☐ w, ☐ unbestimmt;

Telefon-Nr.: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Hinweis: Patienten mit Enuresis, rezidivierenden Harnwegsinfekten und Harntransportstörung
(Hydronephrose) werden durch die hiesige Kinderchirurgie betreut. Tel: 0511-532-9044.

Vorstellungsgrund (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---|---|
| ☐ Hämaturie wiederholt | ☐ Proteinurie wiederholt oder im Rahmen eines Nephrotischen Syndroms |
| ☐ Nierenfunktionseinschränkung | ☐ Zystische Nierenerkrankung |
| ☐ obstruktive Uropathie | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Nierenhypoplasie/-dysplasie | ☐ Einzelniere |

Größe: _____ cm (P____) Gewicht: _____ kg (P____)

Anamnese/Klinik/Fragestellung

Datum: _____ Telefon-Nr. für Rückfragen: _____ Praxisstempel _____