Krankenkasse bzw Kostenträger	NEPHROPATHOLOGISCHER UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG an das Institut für Pathologie an der MHH Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. H. Kreipe Postfach: 610140 30601 Hannover Tel.: 0511/532-4580 e-Mail: pathobefundauskunft@mh-hannover.de Fax: 0511/532-5799
Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Kassen-Nr Versicherten-Nr Status	zuständiger Arzt
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr Datum	Telefon
Anschrift (bei Privat-Patienten)	Befund an Fax
	Datum Unterschrift

stationär ☐ ambulant ☐ (Überweisung) Privat ☐	Vertragsarztstempel Einsender
Klin. Diagnose / Fragestellung:	
Anamnese / Verlauf / Vorerkrankungen:	
Medikation: _____ Blutdruck: _____ HTN seit: _____ Diabetes: ☐ nein ☐ ja, seit: _____	

Laborbefunde	☐ Eigenniere ☐ Transplantatniere Tx- Datum _____ Eilig Zuständiger FA: _____ Tel: _____
<u>Serum</u> Creatinin: _____ eGFR: _____ Harnstoff: _____ Gesamtprot./Alb.: _____ Hb: _____ Erythrozyten: _____ Leukozyten: _____ Thrombozyten: _____ Fragmentozyten: _____ Retikulozyten: _____ Haptoglobin: _____ LDH: _____ C3: _____ C4: _____ ANA: _____ ANCA: _____ Anti GBM: _____ ASL: _____ PCR (BKV): _____ DSA: _____ Leichketten Serum / Urin: _____	
<u>Urin</u> Proteinurie: _____ Ery- / Akanthozyturie: _____ Leukozyturie: _____ Zylinder: _____	

Diesen Abschnitt bitte freilassen für die Pathologie