

Krankenkasse bzw Kostenträger Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">geb. am _____</div>	<h2 style="margin: 0;">NEPHROPATHOLOGISCHER UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG</h2> <p style="margin: 0;">an das Institut für Pathologie an der MHH</p> <p style="margin: 0;">Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. H. Kreipe</p> <p style="margin: 0;">Postfach: 610140 30601 Hannover Tel.: 0511/532-4580</p> <p style="margin: 0;">e-Mail: pathobefundauskunft@mh-hannover.de Fax: 0511/532-5799</p>
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	zuständiger Arzt Telefon Befund an Fax Datum Unterschrift
Anschrift (bei Privat-Patienten)	

stationär **ambulant** (Überweisung) **Privat**

Klin. Diagnose / Fragestellung: _____

Anamnese / Verlauf / Vorerkrankungen: _____

Medikation: _____

Blutdruck: _____ HTN seit: _____ Diabetes: nein ja, seit: _____

Vertragsarztstempel Einsender

Laborbefunde

Serum

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: _____

Urin

Proteinurie: _____ Ery- / Akanthozyturie: _____ Leukozyturie: _____ Zylinder: _____

Eigenniere
 Transplantatniere
 Tx- Datum _____
 Eilig

Zuständiger FA:

Tel:

Diesen Abschnitt bitte freilassen für die Pathologie