

ANLAGE zum Begutachtungsantrag / Nierenbiopsien

Nephropathologische Abteilung
des Universitätsklinikums
Leiterin: Frau Prof. Dr. K. Amann
Pathologisches Institut, Krankenhausstr. 8-10
91054 Erlangen
Tel: 09131-85 32605
Fax: 09131-85-32600

Absender:
(bitte stempeln)

PATIENT: Name: Vorname: Adresse: Geb.-Datum: Station: Krankenkasse: Privat: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> div	<input type="checkbox"/> Eigenniere <input type="checkbox"/> Transplantatniere
	zuständiger (Ober-)arzt/ärztin und Tel.Nr. (für Rückfragen)
	histopathologischer VORBEFUND Nr. vom:
	Dieses Feld bitte frei lassen, wird intern ausgefüllt!

Klinische Diagnose und Fragestellung:

Wichtige Daten aus Anamnese und Verlauf:

bei Transplantatbiopsien: wievielte Transplantation:	Datum der Transplantation:	Grundleiden (Niere):
---	----------------------------	----------------------

Basisimmunsuppression: nein ja, seit: _____
Steroide: _____ CyA: _____ FK506: _____ MMF: _____
 Basiliximab/Daclizumab ATG / ALG OKT3

Abstoßungstherapie unmittelbar vor der Biopsie: ja / nein
wenn ja, welche:

Dieses Feld bitte frei lassen, wird intern ausgefüllt!

Laborbefunde vom:

URIN:
Proteinurie: _____ g/Tag Hämaturie: _____ Ery/GF
Leukozyturie: _____ Leuko/GF Zylindurie: hyal./gran. Zylinder, andere: _____ /GF

SERUM:
Harnstoff: _____ mg/dl Kreatinin: _____ mg/dl Cholesterin: _____ mg/dl
Gesamtprotein: _____ g/L Kreatininclearance: _____ ml/min
C3: _____ (normal: _____) C4: _____ (normal: _____)
ANA: _____ ANCA: _____ Anti-GBM AK: _____ ASL: _____
Diabetes: nein ja, seit: _____ Hypertonus: nein ja, seit: _____
Blutdruck (mmHg): _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte eventuelle Anhänge nicht klammern!