



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**

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):

- | | |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hämaturie wiederholt | <input type="checkbox"/> Proteinurie wiederholt oder im Rahmen eines Nephrotischen
Syndroms |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionseinschränkung | <input type="checkbox"/> Zystische Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> obstruktive Uropathie | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Nierenhypoplasie/-dysplasie | <input type="checkbox"/> Einzelniere |

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

Anamnese/Klinik/Fragestellung

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