



Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

Kerpener Strasse 62 • 50937 Köln

Sekretariat Telefon: 0221 478-6320 • Telefax: 0221 478-6360

Eingangslabor Telefon: 0221 478-6352

Befundauskunft: 0221 478-5252

Antrag auf pathologisch-anatomische u. mikroskopische Begutachtung

Patient:

♂ ♀

Name/Vorname

geb. am

PLZ/Wohnort

Strasse

Stationär Ambulant

Privatpatient Kasse: _____ §116bSGB V

Schnellschnitt Eilig Express

Einsender (Stempel):

Klinik/Station

Telefon:

Eingangs-Barcode

Voruntersuchung:

(Nr. und Datum)

Material und Entnahmestelle:

Klinische Diagnose, ggf. Dauer, Verlauf, Vorgeschichte, Vorbehandlung

Fragestellung:

Kopie des Befundes an: _____

Graue Felder bitte nicht beschriften!

Name: _____		Funker-/Tel.-Nr.: _____		Infektiöses Material (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mat
Datum: _____		Unterschrift: _____			
AP	AdG	EP	Blk		



Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

Kerpener Strasse 62 • 50937 Köln

Sekretariat Telefon: 0221 478-6320 • Telefax: 0221 478-6360

Eingangslabor Telefon: 0221 478-6352

Befundauskunft: 0221 478-5252

Zweite Seite für zusätzliche Positionen

Patient:

♂ ♀

Name/Vorname

geb. am

PLZ/Wohnort

Strasse

Stationär Ambulant

Privatpatient Kasse: _____ §116bSGB V
 Schnellschnitt Eilig Express

Einsender (Stempel):

Klinik/Station

Telefon:

Eingangs-Barcode

Voruntersuchung:
(Nr. und Datum)

Large empty area with horizontal lines for additional patient positions.

*Bitte unbedingt vollständig ausfüllen
oder hier Patientenetikett einkleben!*



Direktor: Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

Kerpener Strasse 62 • 50937 Köln

Sekretariat Telefon: 0221 478-6320 • Telefax: 0221 478-6360

Eingangslabor Telefon: 0221 478-6352

Befundauskunft: 0221 478-5252

Begleitschein Transplant- Nierenbiopsie

Klinische Indikation zur Biopsie der Eigenniere: Nierengröße: rechts _____ links _____

Laborwerte:

Krea	Thrombo	ANA
Harnstoff	LDH	pANCA
Proteinurie		cANCA
Hb	HBV	dsDNA
Dysmorphie Erys	HCV	C3
Makrohämaturie	HIV	Anti-GBM
Mikrohämaturie	EBV	C3
	CMV	ASLTiter
	Hanta	
	Polyomavirus	

Patient:

♂ ♀

Name/Vorname _____

geb. am _____

PLZ/Wohnort _____

Strasse _____

Stationär

Ambulant

*Bitte unbedingt vollständig ausfüllen
oder hier Patientenetikett einkleben!*

Andere Krankheiten:

DM Typ 1 DM Typ 2, Beginn des DM: _____ /Jahr

Maligner Tumor Rheumatische Krankheit

Drogenabusus

bakterielle Infektion virale Infektion

Schwangerschaft

Andere / Weitere: _____

Angaben gültig für die jetzige Biopsie (Zutreffendes markieren bzw. Leerstellen ausfüllen)

Wieviele Transplantation? 1. 2. 3. 4. 5.

Datum der Transplantation _____ / _____ / _____

Biopsie-Indikation:

1. Diagnostik

4. Nullbiopsie

2. Protokollbiopsie

5. Jahreskontrolle

3. Nephrektomie

6. Autopsie

Aktuelle Basisimmunsuppression

Steroide

Rapamycin

OKT3

CyA

AZA

ATG/ALG

MMF

FK-506/Tacrolimus

Andere AK

Abstoßungstherapie unmittelbar vor Biopsie

wenn ja, welche:

ja

nein

Steroide

Plasmapherese

OKT3

Andere AK

ALG/ATG

Patient erhält seit _____ Wochen **keine** Immunsuppression

Er ist zurück an der chron. Hämodialyse ja nein

Dialyse zum Zeitpunkt der Biopsie ja nein

Nierenarterienstenose ja nein

Obstruktion der ableitenden Harnwege ja nein

Lymphocele ja nein

Grundleiden/Vorgeschichte (Eigenniere) gesichert unsicher/unklar wahrscheinlich

Nierenbiopsie der Eigenniere ja nein

Risikopatient für Tpl. ja nein

Gründe

PRA

Herz-Kreislauf

Chron. Leberleiden

Sonstige _____

Befriedigender Tpl.-Funktionsstart (keine Dialyse in der 1. Woche) ja nein

Bitte Anforderung und Befund Uni an internes Biopsieregister: Fr. C. Gierlich, Fax 478-86294