



Anmeldung Nierenzentrum Bern

Zuweisender Arzt /Praxisstempel

Datum:

Angaben PatientIn (oder Patientenkleber) :

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ / Ort
Telefon
E-Mail

Gewünschte Betreuung durch:

Betreuung nach ärztlicher
Verfügbarkeit

Gewünschte Betreuung durch
.....

Aufgebot:

Telefonisch
 Schriftlich per Post
 Per E-Mail

Gewünschte Untersuchung:

Abklärung unklare Mikrohämaturie/Proteinurie
 Abklärung pathologisches Urinsediment
(unklare Mikrohämaturie, Leukozyturie etc.)
 Abklärung unklare Niereninsuffizienz
 Übernahme zur weiteren Betreuung bei
schwerer chronischer Niereninsuffizienz
(empfohlen bei GFR \leq 30 ml/min)

Hypertonie-Sprechstunde
 Steinsprechstunde (metabolische Abklärung /
Behandlung bei rezidivierendem Steinleiden)
 Abklärung bei Verdacht auf Vaskulitis
 Abklärung Lebendnierenspende
 Nierenbiopsie

Wunschtermin:

Vereinbarter Termin:
 Dringend aufbieten für diese Woche
 Aufbieten innerhalb 2-4 Wochen

Benachrichtigung:

Tel. Benachrichtigung nach Kons. gewünscht
 Bericht brieflich erwünscht (Standard = E-Mail)
 Kopie Bericht an:

Fragestellung

.....
.....

Klinische Informationen

.....
.....

Aktuelle Therapie

.....
.....

Beilagen

.....