

## Anmeldung zur nephrologischen Sprechstunde

### Patient/-in

Name	Patient/-in
Vorname	bitte direkt aufbieten:
Adresse	Notfall
Geburtsdatum	innert 2 Wochen
Telefon	innert 4 Wochen
Krankenkasse	

---

### Nephrologische Abklärungen

Allgemein nephrologische Beurteilung	Hypertonie-Sprechstunde
Nachsorge nierentransplantierte/r Patient/-in	Mikroskopische Sedimentbeurteilung durch den Nephrologen
Nierensteinabklärung	Aktenkonsil
Sonstiges:	

---

### Sonographie

Abdomensonographie	Restharn
Nierenarterienduplexsonographie	

---

### Indikation/Fragestellung

---

### Medikamente

---

Zuweisende/r Ärztin/Arzt

Datum

Stempel und Unterschrift