

# Angaben Patient

## Personalien

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Sprache	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon	_____
PLZ/Ort	_____	Mobile	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> nur kantonal	

## Problem/Fragestellung/Auftrag

Diagnosen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vorbefunde/Berichte (beilegen bzw. Ort und Untersuchungsdatum angeben):

Kreatinin und Urinbefunde (bitte alle Werte senden): \_\_\_\_\_

Bildgebung Nieren (Sono/Schichtbild): \_\_\_\_\_

Bisherige nephrologische oder urologische Abklärungen: \_\_\_\_\_

Kardiologische Untersuchungsberichte: \_\_\_\_\_

Hospitalisationen: \_\_\_\_\_

## Bemerkungen (z.B. Abwesenheiten von Patient, Notwendigkeit von Übersetzer):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Zuweiser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_