

Institut für Pathologie

Mühlemattstrasse 11
4410 Liestal



SMTS 0034

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

männlich

weiblich

divers

SV-Nummer

Garant

ambulant

stationär 1./2. Kl.

stationär 3. Kl.

Nierenbiopsie

Kopie an:

Datum der Entnahme:
Einsendender Arzt (Stempel/Unterschrift):

Frühere Einsendungen:

Tel./intern:

Biopsie-Indikation:

Anamnese, klinische Symptome:

Andere Erkrankungen:

Klinische Verdachtsdiagnose:

Fragestellung:

Familienanamnese:

Blutdruck: / mmHg, medikamentös kontrolliert: ja nein

Grösse: cm Gewicht: kg

Medikamente:

Dialyse: ja nein Plasmapherese: ja nein

