

Überweisung zum Nephrologen

Hausarzt:

- Name: _____
- Praxisadresse: _____
- Telefonnummer: _____

Patientendaten:

- Name des Patienten: _____
- Geburtsdatum: _____
- Adresse: _____
- Telefonnummer: _____

Datum der Überweisung: _____

1. Überweisungsgrund / Fragestellung

- **Grund der Überweisung:**
 - ☐ Nierenfunktionsstörung / Erhöhte Nierenwerte
 - ☐ Verdacht auf chronische Nierenerkrankung
 - ☐ Proteinurie / Albuminurie
 - ☐ Hämaturie (Blut im Urin)
 - ☐ Elektrolytstörungen
 - ☐ Bluthochdruck (schwer einstellbar)
 - ☐ Fettstoffwechselstörungen
 - ☐ Nierentransplantationsnachsorge
 - ☐ Sonstiges: _____
- **Konkret gestellte Fragen oder Anliegen:**

2. Bisherige Befunde

- **Blutdruckwerte (letzte Messungen) oder Kopie 24h-Messung:**
 - Datum: _____ Wert: _____ mmHg
 - Datum: _____ Wert: _____ mmHg
- **Bisherige Laborwerte und Kopie Nierenwerte letzte 2 Jahre:**
 - **Kreatinin:** _____ $\mu\text{mol/L}$ oder mg/dL
 - **eGFR:** _____ mL/min/1.73 m^2
 - **Harnstoff:** _____ mmol/L oder mg/dL
 - **Albumin im Urin:** _____ mg/g oder mg/24h
 - **Kalium:** _____ mmol/L
 - **Natrium:** _____ mmol/L
 - **Cholesterin:** _____ mmol/L
- **Sonographie der Nieren durchgeführt:**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, Befund: _____

3. Medizinische Vorgeschichte

- **Bestehende Erkrankungen:**
 - ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Herzinsuffizienz
 - ☐ Chronische Nierenerkrankung (CKD), Stadium: _____
 - ☐ Nierentransplantation
 - ☐ Sonstige: _____
- **Vergangene Operationen / Eingriffe (relevant für Nephrologie):**

- **Medikamente (Bundeseinheitlichen Medikationsplan „BMP“ beifügen):**

- **Allergien (Medikamente, Kontrastmittel, etc.):**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, welche: _____

4. Lebensstilfaktoren

- **Raucherstatus:**
 - ☐ Nichtraucher
 - ☐ Ehemaliger Raucher
 - ☐ Aktiver Raucher, Menge pro Tag: _____
- **Alkoholkonsum:**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, Menge pro Woche: _____

5. Bildgebende Verfahren / Zusätzliche Untersuchungen

- **Bestehende Bildgebung (Ultraschall, MRT, CT) relevant für die Nieren:**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, Befund: _____

6. Zusätzliche Informationen oder Anmerkungen des Hausarztes

- **Besondere Anliegen oder Verdachtsdiagnosen:**
- **Vorhandene Arztbriefe / relevante Berichte (z.B. von Krankenhausaufenthalten):**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja, angefügt: ☐ Ja ☐ Nein

Unterschrift des Hausarztes: _____
