

**Konsil-Anforderung Nephrologie Marl**

**Tel.: 02365 911-30305**

**Fax.: 02365 911-30302**

Patienten Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Aufnahmeindikation \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen \_\_\_\_\_

Vormedikation \_\_\_\_\_

Verlauf, klinisch und Medikation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Um eine schnelle Bearbeitung zu gewährleisten, bitten wir um folgende Informationen/Checkliste**

Aktuelle Fragestellung \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation \_\_\_\_\_

- Bilanz, Ein/Ausfuhr, Gewicht
- Vitalparameter (RR, HF, BZ)
- Vigilanz / Demenz (Liegt Betreuung vor/Tel.Nr.)
- Pot. isolierungspfl. Erkrankung (MRSA, MRGN/ESBL/VRE, Covid/Diarrhoen)
- Intensivpflichtig (Sauerstoffbedarf/NIV/Intubation/Vasopressoren)

- Röntgen, ggf CT
- Sono / LUS (Nierengröße/Parenchym/Volumenstatus, VCI, Ergüsse, Aszites)

**Bitte als Fax beifügen**

- Vor-Nierenwerte Hausarzt?
- BGA
- U-Status
- Aktuelles Labor  
BB, Elyte (Na/K/Ca/P), Harnsäure, Creatinin, Harnstoff, Gesamteiweiß, Albumin, Gerinnung, CRP

Kontaktdaten: Klinik/Abteilung/Ansprechpartner/Tel/Fax

Piotrowski/Schmidt