

Genauere medizinische Diagnose**Beginn**
(MM.JJJJ)**ggf. Ende**
(MM.JJJJ)Wie oft bestanden die Beschwerden
und welcher Art?Bestehen **Folgen** der Erkrankung? nein ja Welche? _____**Blutdruck und
Laborwerte****Bitte reichen Sie Ihnen vorliegende Facharzt-/Krankenhausberichte in Kopie mit ein.**Welche **Blutdruckwerte** wurden zuletzt bei Ihnen gemessen?

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

systolisch

diastolisch

Sind Ihnen abweichende **Urinbefunde** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)

	Befund	Datum (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
Blut im Urin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rote Blutkörperchen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eiweiß	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sind Ihnen abweichende **Blut- oder Laborwerte** bekannt? nein ja (Fotokopie ggf. beifügen)

Art des Wertes	Wert	Datum (MM.JJJJ) (ggf. ungefährer Zeitpunkt)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Untersuchungen/
Behandlungen**Wann erfolgten bei Ihnen spezielle **Untersuchungen oder Behandlungen** der Nieren- und Harnwege bzw. sind diese geplant?

- | | |
|---|--|
| 1. Funktionsmessungen Harnfluss (Uroflow u. ä.) | 6. Computertomographie (CT) |
| 2. Ultraschalluntersuchung | 7. Kernspin (MRT) |
| 3. Blasenspiegelung | 8. Nuklearmedizinische Untersuchung
(Szintigraphie) |
| 4. Röntgenuntersuchungen | 9. Gewebeentnahme (Biopsie) |
| 5. andere Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
(bitte diese hier angeben) | 10. Zertrümmerung von Nierensteinen |
| | 11. Operation (Welche?) |

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

Ziffer Datum MM.JJJJ (ggf. ungefährer Zeitpunkt)

Befund/Maßnahme

