

ANMELDUNG AMBULANZ

Zur Ausfüllung durch Hausarzt/ärztin

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

um Ihren Patienten so gut wie möglich versorgen zu können und zeitlich bei uns einzuplanen, bitten wir Sie um Ihre Zuarbeit.

Bitte beachten Sie, dass die Terminvergabe nach der aktuellen S3-Leitlinie zur Versorgung von CKD-Patienten in der Hausarztpraxis erfolgt (AWMF-Register-Nr. 053-048, speziell S. 59-60 und 94).

Eine Terminvergabe ist daher erst bei vollständig vorliegenden Befunden (s.u.) möglich und erfolgt **nach Mitteilung des Verlaufs der Nierenfunktion** (bitte seit GFR-Abnahme unter die Altersnorm) entsprechend resultierender Dringlichkeit.

1. Im Vorfeld an uns senden (per E-Mail oder Fax):

- **Medikation** (bei GFR-Abfall Zeitpunkt der letzten Änderung der RAAS-Blockade/ Diuretika...)
- Nierenwerte (**Verlauf** der letzten Jahre seit GFR < 60 ml/min bzw. unter die Altersnorm)
- **Urinbefund** (Erythrozyturie, Albuminurie, Proteinurie...)
- **Diagnosenliste**
- Bitte vorhandene relevante Vorbefunde mitteilen (z.B. **TTE**, ABDM, urologischer Befund)
- Letzter Krankenhausbericht (falls vorhanden)
- Infektionsstatus (MRSA, MRGN, Hepatitis...?)

Daten zum Patienten

Name	
Geburtsdatum	
Telefon	
Straße	
Wohnort, PLZ	



Betreuender Hausarzt	
Name	
Adresse	
Telefonnummer	
Haben Sie weitere Bemerkungen?	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Daten des Patienten / der Patientin weitergeben darf.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

RÜCKANTWORT VOM NIERENZENTRUM

Empfehlung des Nierenzentrums bis zum Vorstellungstermin

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel