

Chefarzt Dr. med. Torsten Uhlig

**Leitende Ärztin Kindernephrologie
PD Dr. med. Katharina Hohenfellner**

Pettenkofenstr. 10, 83022 Rosenheim

Tel +49 (0) 80 31 - 365 64 59

Fax +49 (0) 80 31 - 365 48 18

Patient _____ **Geburtsdatum** _____

Vorerkrankungen _____

Intervention / OP	Datum	Befund	statt- gefunden
Zystoskopie	_____	_____	<input type="radio"/> nein
PIC-MCUG <input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/> re VUR _____	<input type="radio"/> nein
Katheter-MCU <input type="radio"/>	_____	<input type="radio"/> li VUR _____	<input type="radio"/> nein
Circumcision	_____	<input type="radio"/> ja _____	<input type="radio"/> nein
Ureterzystoneostomie	1. _____	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li _____ <input type="radio"/> Lich-Gregoir <input type="radio"/> Psoas-Hitch	<input type="radio"/> nein
	2. _____	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li _____ <input type="radio"/> Lich-Gregoir <input type="radio"/> Psoas-Hitch	<input type="radio"/> nein
Anderson-Hynes-Plastik	1. _____	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li _____ <input type="radio"/> Anderson-Hynes	<input type="radio"/> nein
	2. _____	<input type="radio"/> re <input type="radio"/> li _____ <input type="radio"/> Anderson-Hynes	<input type="radio"/> nein
Sonstiges	_____	_____	<input type="radio"/> nein
Antibiotika Prophylaxe	Antibiotikum		
präoperativ	<input type="radio"/> ja _____		<input type="radio"/> nein
postoperativ	<input type="radio"/> ja _____		<input type="radio"/> nein
Harnwegsinfekte	Alter / Datum	Keim, Uringewinnung	
präoperativ	<input type="radio"/> ja _____		<input type="radio"/> nein
postoperativ	<input type="radio"/> ja _____		<input type="radio"/> nein
	1. _____	febril / afebril _____	
	2. _____	febril / afebril _____	
	3. _____	febril / afebril _____	
Szintigraphie	Datum	Befund	
DSMA	_____	_____	<input type="radio"/> nein
MAG-III	_____	_____	<input type="radio"/> nein