

Nephrologische / lipidologische Ambulanz  
 PD Dr. med. Lüders  
 St. Josefs-Hospital Cloppenburg  
 Ritterstrasse 17, Eingang B  
 Email: [nephrologie.cloppenburg@kh-clp.de](mailto:nephrologie.cloppenburg@kh-clp.de) Fax: 04471/16 2951

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre gesundheitliche Situation bestmöglich beurteilen zu können und Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie um Ihre Unterstützung.

Gesetzlich Versicherte dürfen wir nur behandeln, wenn eine aktuelle Überweisung vorliegt, diese muss zum Termin mitgebracht werden.

**Bitte lassen Sie sich von Ihrem Hausarzt oder anderen behandelnden Fachärzten folgende Unterlagen geben und bringen Sie diese bitte zu Ihrem Termin mit. Ihr Termin kann nur stattfinden, wenn Sie vollständige Unterlagen vorlegen können.** Bitte beachten Sie: Eine Terminabsage sollte nur in dringenden Fällen, spätestens jedoch 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen nach §615 BGB mit 50 € in Rechnung stellen.

**Dauer der Erstvorstellung: ca. 2-3 Stunden**

Termin am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

Dringend notwendig:	Liegt vor
Überweisung vom Haus- oder Facharzt für aktuelles Quartal	<input type="checkbox"/>
Versichertenkarte der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>
Aktueller Medikamentenplan	<input type="checkbox"/>
3 Blutdruckwerte der letzten Wochen/Monate	<input type="checkbox"/>
Laborwerte (Verlauf)	<input type="checkbox"/>
24h-Blutdruckmessung (bei Hypertonieabklärung notwendig)	<input type="checkbox"/>

wünschenswert:		nicht durchgeführt
EKG-Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzecho (Ultraschall des Herzens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall der Herzschlagadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausentlassungsberichte der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Medikamente sind wegen Unverträglichkeit früher bereits abgesetzt worden?**

Keine Unverträglichkeiten bekannt:

Medikament: \_\_\_\_\_ Art der Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_