

**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** \_\_\_\_\_

<b>Intervention / OP</b>	<b>Datum</b>	<b>Befund</b>	<b>statt- gefunden</b>
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
<b>Antibiotika Prophylaxe</b>	<b>Antibiotikum</b>		
präoperativ	<input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein
postoperativ	<input type="radio"/> ja	_____	<input type="radio"/> nein
<b>Harnwegsinfekte</b>	<b>Alter / Datum</b>	<b>Keim, Uringewinnung</b>	
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 _____	
<b>Szintigraphie</b>	<b>Datum</b>	<b>Befund</b>	
DSMA	_____	_____	<input type="radio"/> nein
MAG-III	_____	_____	<input type="radio"/> nein