

**Neurologisches Konsil für Patienten
mit angeborenen zystischen Nierenerkrankungen**



An den betreuenden Neurologen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

der/die PatientIn leidet an folgender zystischen Nierenerkrankung:

- ARPKD
- Nephronophthise
- HNF1β Nephropathie
- Bardet - Biedl Syndrom
- Andere assoziierte Ziliopathie: _____

wir bitten deshalb um ein Konsil mit besonderem Augenmerk auf untenstehende Fragestellungen.

Datum der Untersuchung: _____

Ataxie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Mikrozephalus	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Muskuläre Hypotonie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Störung des affektiven Verhaltens	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Autoaggression	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Lernschwierigkeiten	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	Seit _____
Leidet der Patient an zerebralen Krampfanfällen?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> unklar	<input type="radio"/> Ja	
Erfolgt eine antiepileptische Therapie?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja, seit: _____ Welches Antiepileptikum?		
Wann erfolgte das letzte EEG?	<input type="radio"/> Am: _____ <input type="radio"/> unauffälliger Befund <input type="radio"/> Anfallsbereitschaft <input type="radio"/> Auffälliger Befund:		<input type="radio"/> Bisher kein EEG erfolgt	
Wann erfolgte das letzte cMRT?	<input type="radio"/> Am: _____ <input type="radio"/> unauffälliger Befund <input type="radio"/> Molar Tooth Sign <input type="radio"/> Andere pathologische Befunde (bitte Befund beilegen)		<input type="radio"/> Bisher kein cMRT erfolgt	

Weitere neurologische Auffälligkeiten / Auffälligkeiten in der neurologischen Untersuchung

Empfehlung/Indikation für weiterführende Diagnostik:

Wiedervorstellung:

Datum _____

Arzt/Ärztin _____ / Stempel