



KfH-Nierenzentrum für Kinder und Jugendliche  
an der Universitätsklinik Tübingen  
Hoppe-Seyler-Straße 1  
72076 Tübingen

Telefon: 07071 94 256 0  
Telefax: 07071 94 256 111  
E-Mail: [kinderdialyse@med.uni-tuebingen.de](mailto:kinderdialyse@med.uni-tuebingen.de)

## Mikrohämaturie-Familiencreening

Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin,

vielen Dank für die Überweisung des Patienten bzw. der Patientin

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

zur Abklärung einer Mikrohämaturie.

Sollte sich die Mikrohämaturie innerhalb eines Zeitraumes von 6 Wochen mindestens 3 x im Urinstreifentest und in der Urinmikroskopie (letztere zur Diagnosesicherung erforderlich) bestätigt haben, so wäre weiterführende kindernephrologische Diagnostik empfohlen.

**Um zeitnah einen Termin zu organisieren und die notwendige Differentialdiagnostik einleiten zu können, wäre unsererseits im Vorfeld die Durchführung eines Mikrohämaturie-Familiencreenings erbeten.**

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie der Familie des Patienten bzw. der Patientin eine Packung Urinteststreifen mit Protein- und Erythrozyten-/Hämoglobin-Testzone (z. B. Combur 5 Test® HC) verordnen und die Familie in die Urindiagnostik einweisen könnten.

Nachfolgend wird die Familie gebeten, innerhalb eines Monats

- 3 x den 1. Morgenurin (idealerweise Mittelstrahlurin) bei allen übrigen Familienmitgliedern (beide Eltern, alle Geschwister) zu testen,
- die Ergebnisse der Urintestung zu dokumentieren (siehe beiliegendes Protokoll)
- und die Testresultate spätestens zum Termin in unserer kindernephrologischen Sprechstunde mitzubringen.

Bereits im Voraus ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.  
Bei jeglichen Rückfragen stehen wir sehr gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Team der kindernephrologischen Sprechstunde

.....  
Datum

.....  
Unterschrift KfH-Mitarbeiter

### Ergebnisse des Mikrohämaturie-Familien screenings (Protokoll)

	Mutter	Vater	Weiteres Familienmitglied				
	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:	Name:
	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
<b>Datum, 1. Test:</b>							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							
<b>Datum, 2. Test:</b>							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							
<b>Datum, 3. Test:</b>							
Glucose							
Leukozyten							
Nitrit							
Protein							
Erythrozyten							
Hämoglobin aus							

