



Patient (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Checkliste/Befunde:

Indikation zur Steintherapie: _____

- Rezidivierende Steinbildung: ja nein

DJK-Einlage bereits erfolgt: ja nein

- Falls ja, Seite: links rechts

Aktuelle Steinlage (Datum: _____)

- uKG / oKG / mKG / Nierenbecken /
- oder Harnleiter: distaler / proximaler / mittlerer

Aktuelle Steingröße: _____ mm oder _____ cm

Steindichte: _____ HE

Letzte Bildgebung am _____

- CT: ja nein

- Mit Kontrastmittel
- Ohne Kontrastmittel (nativ)