

Transplantationszentrum

Dr. med. Florian Sommer, MBA

Dr. med. Michael Wittmann

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
AUGSBURG



Dokumentation/Wartelistenführung

Tel. (0821) 400 – 37 77

Tel. (0821) 400 – 37 88

Fax (0821) 400 – 37 76

transplantationszentrum@uk-augsburg.de

Stenglinstraße 2

86156 Augsburg

Befundbogen zur Transplantationsanmeldung

(Dieser Bogen ist als Word-Formular angelegt und kann gerne auch am PC ausgefüllt werden)

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Dialysezentrum: _____

Bitte senden Sie diesen Bogen (unterschrieben S. 4 und S. 9)
zusammen mit Befundkopien der jeweiligen Untersuchungen an:

**Universitätsklinikum Augsburg
Transplantationszentrum**
z. Hd. Fr. B. Baur / Fr. U. Gerth
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg



ALLGEMEINE DATEN

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____ Nationalität: _____

Telefonnummer: _____

Weitere Telefonnummern (z. B. Handy, etc.) _____

Dialysezentrum: _____ Tel. _____

Behandelnder Arzt: _____ Tel. _____

Hausarzt: _____

Wichtig: (Zwecks Kostenübernahmeantrag an den Kostenträger)

Krankenkasse: _____ Mitgliedsnummer: _____

☐ Mitglied ☐ familienversichert ☐ Rentner

Falls familienversichert:

Name des Versicherten: _____

Anschrift des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Anschrift Krankenkasse: _____

Soziale und psychologische Situation

Beruf: _____

Familiäre Situation: _____

Aktuelle beruflicher und sozialer Status (bitte zutreffendes ankreuzen):

- ☐ = arbeitsfähig, voll berufstätig, einschließlich ganztägiger Hausfrauentätigkeit
☐ = arbeitsfähig, teilzeitbeschäftigt, einschließlich zeitweiser Hausfrauentätigkeit
☐ = arbeitsfähig, aber nicht berufstätig, kein entsprechender Arbeitsplatz verfügbar
☐ = arbeitsunfähig, lebt zu Hause, ist imstande weitgehend für sich selbst zu sorgen
☐ = unfähig für sich selbst zu sorgen, benötigt stationäre oder gleichartige Pflege zu Hause

☐ DIAGNOSEN / DIALYSEVERLAUF

Renale Grunderkrankung _____

Histologisch gesichert: ☐ nein ☐ ja, Datum: _____

Arztbrief mit Diagnosenliste vom _____ in Anlage

Frühere Transplantation(en) ☐ nein ☐ ja

Datum	Seite	Zentrum	nephrektomiert	Datum/Grund
			☐ nein ☐ ja	
			☐ nein ☐ ja	
			☐ nein ☐ ja	

Therapie mit Antikörpern: ☐nein ☐ja ☐unbekannt

Art des Antikörpers: ☐ATG ☐ALG ☐OKT 3

☐Basiliximab (Simulect™) ☐Daclizumab (Zenapax™)

☐... _____

Dialyseverlauf

Bestätigung des 1. Dialysedatums

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum der 1. Dialyse: _____

Dialyseart: ☐ HD ☐ CAPD

Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel Praxis

Trockengewicht: _____ Körpergröße: _____ BMI: _____

Dialysetage: ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa ☐ So

Restdiurese/24 Std.: _____ ml

Shunt: _____ Fremdmaterial: ☐ nein ☐ ja

Shuntkomplikationen/Dialysespezifische Probleme: _____

Checkliste

GGF. KOPIEN IN ANLAGE BEILEGEN

<u>Erkrankungen:</u>	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Bemerkungen:</u>
Arterielle Hypertonie	☐	☐	
Diabetes mellitus	☐	☐	
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	
COPD/Asthma	☐	☐	
Hepatitis/Hepatopathie/Leberzirrhose	☐	☐	
Chronische Darmerkrankungen	☐	☐	
Tumorerkrankungen	☐	☐	
Hämatologische Erkrankungen	☐	☐	
Thrombosen/Embolien	☐	☐	
Vaskulitis/Kollagenosen	☐	☐	
Urologische Erkrankungen	☐	☐	
Rezidivierende Harnwegsinfekte	☐	☐	
Rezidivierende Infekte	☐	☐	
ZNS/PNS-Erkrankungen	☐	☐	
Psychiatrische Erkrankungen	☐	☐	
Alkohol	☐	☐	
Nikotin (Angabe in packyears)	☐	☐	
Ex-Nikotin	☐	☐	
Abdominelle Voroperationen	☐	☐	
Voroperationen in der Leistengegend/ Hernien	☐	☐	
Gefäßoperationen	☐	☐	
Sonstige Voroperationen	☐	☐	
Narkosezwischenfälle	☐	☐	

Schwangerschaften: ☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____

Entbindung, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch (Datum):

Familienanamnese

Bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten oder fügen Sie ärztliche Berichte hierzu an:

Kardiovaskuläre Erkrankungen

☐ keine

Malignome

☐ keine

Hereditäre Erkrankungen

☐ keine

Andere Erkrankungen

☐ keine

☐ Medikamentenplan

BITTE AKTUELLEN MEDIKAMENTENPLAN IN ANLAGE!

Medikationsplan		für: Rudolf Testmann		geb. am: 19.10.1959						
ausgedruckt von:		Praxis Dr. Michael Müller Schloßstr. 22, 10555 Berlin Tel.: 030-1234567 E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de								
ausgedruckt am: 25.04.2016										
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	1	2	3	4	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprololsuccinat	Metoprololsuccinat TA Pharma 95 mg retard	95 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	Ramipril-ratiopharm	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NovoRapid Penfill	100 E/ml	Lösung	20	0	20	0	I.E.	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	Simva-Aristo	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	Fentanyl Abz 75 µg/h Matrixpflaster	2,375mg	Pflast	alle drei Tage 1			Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen	
Selbstmedikation										
Johanniskraut	Laif Balance	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Allergien/Unverträglichkeiten

☐ DIAGNOSTIK

BITTE KOPIEN FOLGENDER BEFUNDE IN ANLAGE!

☐	Röntgen NNH	Bei positiver Anamnese
☐	Röntgen-Thorax	
☐	Lungenfunktionsdiagnostik	Nur bei anamnest. od. bek. Lungenerkrankung
☐	Ruhe-EKG	
☐	Echokardiographie	
☐	Belastungs-EKG, wenn nicht möglich oder nicht aussagekräftig → → Streßechokardiographie / Myokardszintigraphie	
☐	Coronarangiographie	- 30 J. bei Diabetes mellitus I, - auffällige Belastungsunters. - Typ II Diabetes: individuelle Entscheidung
☐	cMRT in TOF-Technik	bei familiären Zystennieren
☐	Abdominelle Sonographie	
☐	Gastroskopie	Bei positiver Anamnese
☐	Coloskopie	> 50 J.
☐	Test auf okkultes Blut	
☐	Duplex Becken-Bein	
☐	Duplex Carotiden	> 40 J., Risikofaktoren
☐	Dermatologische Stellungnahme	
☐	Gynäkologische Stellungnahme (inkl. Zervixzytologie)	> 20 J.
☐	Mammographie	> 40 J.
☐	Urologische Stellungnahme (inkl. PSA)	
☐	Zahnärztliche Stellungnahme	

☐ LABORUNTERSUCHUNGEN

BITTE KOPIE FOLGENDER LABORBEFUNDE IN ANLAGE!

☐ Routinelabor

Leukozyten	Ferritin	ges. Protein
Thrombozyten	Kalium	Lipase
Erythrozyten	Natrium	Cholesterin
Hb	Calcium	Triglyceride
Hk	Phosphat	Glucose
Quick	GOT/ASAT	
PTT	GPT/ALAT	
Kreatinin	LDH	TSH
Harnstoff	Alk. Phosph	Parathormon
Harnsäure	γ-GT	CRP
Eisen	Bilirubin	PSA
Thrombophilescreening bei rez. thrombembol. Ereignissen		Serumelektrophorese
Urinstatus		

☐ Serologie

CMV IgG	HSV IgG	HBsAg (wenn pos PCR)
CMV IgM	HSV IgM	HBsAb
EBV IgG	VZV IgG	HBcAb
EBV IgM	VZV IgM	HCV Ab (wenn pos PCR)
		HIV (1 + 2)

Hepatitis B – Impfung: ☐ nein

☐ ja

Anzahl: _____ Datum _____

Responder: ☐ nein

☐ ja

Titer: _____ am _____

Immunologischer Status

BITTE UNBEDINGT KOPIEN FOLGENDER ORIGINALBEFUNDE IN ANLAGE!

Blutgruppe (inkl. Rh-Untergruppen) ☐ vorhanden, Original in Anlage

HLA-Typisierung ☐ vorhanden, Original in Anlage

Aktuelles Antikörperscreening ☐ vorhanden, Original in Anlage

Bluttransfusionen

☐ nein ☐ ja, Anzahl: _____

Datum der letzten Bluttransfusion: _____

welcher Art: _____

wo: _____

Sonstiges

Ergänzende Informationen

Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel Dialysezentrum