Befundbogen zur

**Universitätsklinikum Augsburg**

**Transplantationszentrum**

z. Hd. Fr. B. Baur / Fr. U. Gerth

Stenglinstraße 2

86156 Augsburg

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:

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Erkrankungen: | ja | nein | Bemerkungen: |
| 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!**



## 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