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

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