

Transplantationszentrum

Prof. Dr. Matthias Anthuber
Dr. med. Michael Wittmann

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
AUGSBURG



Dokumentation/Wartelistenführung
Tel. (0821) 400 – 37 88
Tel. (0821) 400 – 37 77
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
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Therapie mit Antikörpern: nein ja unbekannt

Art des Antikörpers: ATG ALG OKT 3

Basiliximab (Simulect™) Daclizumab (Zenapax™)

..._____

Dialyseverlauf

Bestätigung des 1. Dialyседатums

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis/Hepatopathie/Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chronische Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thrombosen/Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaskulitis/Kollagenosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rezidivierende Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rezidivierende Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ZNS/PNS-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nikotin (Angabe in packyears)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ex-Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdominelle Voroperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voroperationen in der Leistengegend/ Hernien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefäßoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Voroperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Narkosezwischenfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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@kby-net.de			ausgedruckt am: 25.04.2016					
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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			0	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!

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