

Anmeldung zur Nierentransplantation
 Niere- Pankreastransplantation
Transplantationszentrum *Regensburg*

Patientenidentifikation
ET - Nr.
Name
Vorname
Geburtsdatum
Straße und Nr.
PLZ und Ort
Telefon
Kostenträger
Anschrift
Mitglieds-Nummer der Krankenkasse
Arbeitsplatz
Name
Straße und Nr.
PLZ und Ort
Telefon
betreuende Klinik
Name
Straße und Nr.
PLZ und Ort
Telefon
Dialysetag
Dialysezeit

Transplantationswunsch des Patienten:

- Trotz bestehender Risiken uneingeschränkt
- Ausgeprägter Transplantationswunsch
- Transplantationswunsch nicht um jedes Risiko

Unterschrift des Nephrologen:

Patient: _____ geboren: _____

Bluttransfusionen: Ja / Nein Anzahl: _____ zuletzt am: _____

Erythropoetin: Ja / Nein Hep. B-Impfung Ja / Nein

Medikation:

Dialyседaten: Dialysebeginn: _____ Restdiurese: _____

Klinikdialyse Zentrumsdialyse Heimdialyse CAPD

Gefäßzugang: _____ Georetex: Ja Nein

DEG: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Antikoagulation: ID: _____ CD: _____ Fragmin: Ja Nein

Besonderheiten:

Blutgruppenausweis: bitte Kopie	Datum:	Ort:				
Vor 2. NTX neue Blutgruppe: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	irreg. Antikörper:					
Urinstatus:	Datum:					
Urinkultur:	Datum:					
Virologie: HIV	Anti-HCV	CMV-IgG	CMV-IgM	Hbs-Ag	Anti-Hbs	Anti-Hbc
Datum:						
Befund:						
Datum:	Krea	Bili.ges.	Diff.-BB			
Hb	H-stoff	GOT				
Ery	H-säure	GPT	CRP			
Leuko	Ges.-EW	GGT	Quick			
Thrombo	Na	PTT				
BZ	K	S-Lipase	Elpho			
PTH	Ca	Cholesterin				
AP	P	Triglyc.	TSH			
Weitere Befunde	Datum	Bemerkungen				
DSA Becken-Beine						
Echokardiografie						
Ergometrie						
Coronarangiografie						
Lungenfunktion						
Gastroskopie						
Carotis-Doppler						
Krebsvorsorge						
Frauenarzt						

Patient: _____ **geboren:** _____

Grunderkrankung: _____

Vorgeschichte	Histologie:		Bemerkungen
	Ja	Nein	
Tumor			
Thromboseanamnese			
Ventilationsstörung			
Chron. Infekte			
TBC			
Hypertonie			
KHK			
Herzinsuffizienz			
AVK			
Diabetes mellitus			
Retinopathie			
Fettstoffwechselstörung			
Hepatitis/Hepatopathie			
Ulcusanamnese			
Hämatolog. Erkrankung			
Vasculitis/Kollagenose			
ZNS/PNS Erkrankung			
Psych. Erkrankung			
Urolog. Vorerkrankung			
Gynäkol. Anamnese			
Bauch-OP			
Allergie			
Alkohol			
Nikotin			
Sonstiges			

Befunde	Datum	Bemerkungen
Rö-Thorax		
Beckenübersicht		
Urologie		
NNH/HNO		
Kieferpanorama/Zahnarzt		
Sonographie Abdomen		
EKG		
Augenarzt		