



Nierentransplantationszentrum

Klinik für Urologie und Kinderurologie
Direktor: Prof. Dr. med. T. Kälble
Telefon-Durchwahl: (0661) 84-5951
Telefax-Durchwahl: (0661) 84-5952
E-Mail: sek.urologie@klinikum-fulda.de

Medizinische Klinik III
Direktorin: Prof. Dr. med. M. Haubitz
Telefon-Durchwahl: (0661) 84-5451
Telefax-Durchwahl: (0661) 84-5452
E-Mail: Med3.Sek@klinikum-fulda.de

Datenbogen für potentielle Nierentransplantat-Empfänger

Name: _____

Vorname: _____

Passbild

Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____

Tel. andere: _____

Krankenkasse: _____

Versichertenstatus: M F R-F () -M () Versicherungs-Nr.: _____

Hauptversicherter: _____ geb.: _____

Dialysezentrum: _____ Tel.: _____

Dialysearzt privat Tel.: _____ nachts: _____

Dialysetage: _____ Zeit: von _____ bis _____

Dialysebehandlung seit: _____

HD () CAPD ()

Renale Grunderkrankung: _____

Blutgruppe: _____ **Rhesus-Faktor:** _____

Bogen ausgefüllt am: _____ von: _____

Unterschrift: _____

1. Ableitende Harnwege

- kein Anhalt für pathol. Befund
- Hinweise auf pathol. Befund vorhanden

wenn ja, bitte angeben (z.B. urol. Operationen; Reflux; Blasenentleerungsstörungen; Harnwegs-infektionen etc.)

- Restdiurese: keine
- < 100 ml/die
- > 100 ml/die: bitte Angabe _____ ml/die

Urinkulturen : (falls Restdiurese > 100 ml/die)

Datum: _____ Ergebnis: _____

Datum: _____ Ergebnis: _____

2. Herz / Kreislauf / Gefäßsystem

Größe: cm Gewicht: kg

Hypertonie () keine () mäßig () schwer

Koronare Herzkrankheit () kein Anhalt () Verdacht () sicher

Vitium cordis: () kein Anhalt () Verdacht () sicher

EKG vom _____ () Normalbefund
() pathol. Befund falls ja, bitte angeben:

Belastungs-EKG vom: _____ Watt für _____ Min.

() Kletterstufe () Normalbefund

() Fahrradergometer () Angina pectoris
() Luftnot
() ST-Streckensenkung ____ mm
() Extrasystolie

Coronarangiographie vom: _____

Befund: _____

Rö-Thorax vom: _____ () Normalbefund
() pathol. Befund falls ja, bitte angeben:

Echokardiographie vom: _____ () kein pathol. Befund
() li.-ventrikuläre Hypertrophie
() andere pathol.Befunde, falls ja, bitte angeben:

Rö-Beckenübersicht vom: _____
() Normalbefund
Gefäßverkalkungen: () nein () ja
falls ja, bitte Bild mitgeben und/oder Beurteilung:

3. Magen/ Darm/ Leber/ Galle

Gastritis/Ulcus: () nie Beschwerden gehabt
() gelegentliche Beschwerden
() gesichertes Ulcus
() Befund/Verlauf/Therapie:

Cholecystitis/Cholelithiasis: () kein Anhalt
() Verdacht bzw. gesicherter Befund
falls ja, bitte angeben: _____

Andere Erkrankungen d. Magen-Darm-Traktes

(z.B. Divertikulose, -itis)

kein Anhalt

Verdacht, bzw. ges. Befund

falls ja, bitte genauere Angaben

Bei Pat. über 50 Jahren

Rekto-Sigmoidoskopie vom: _____

kein pathol. Befund

pathol. Befund falls ja, bitte angeben:

Sonographie des Abdomens vom: _____

Lymphknoten,

kein pathol. Befund an Leber, Milz, Pankreas,

Aorta, V. portae und V. cava

pathol. Befund falls ja, bitte angeben:

Bei Frauen: Schwangerschaftsanamnese

Schwangerschaften: _____

Geburten: _____

4. Virologische Untersuchungen

Hepatitis-Serologie vom: _____

Aktive Impfung ja nein

HBsAg neg. pos.

HBsAK neg. pos.

HBcAK neg. pos.

HCV-AK neg. pos.

Transaminasen normal

erhöht falls ja, bitte genauere Angaben:

Hepatitisanamnese neg. pos. falls ja, bitte genauere Angaben:

HIV-Serologie vom: _____ HIV-AK-1/2 neg. pos.

EBV-Serologie vom: _____ EBV-AK neg. pos.

CMV-Serologie vom: _____ IgG/ IgM / neg. / pos.

Lues-Serologie vom: _____ TPHA neg. pos.

Toxoplasm.-Serologie vom: _____ IgG/ IgM / neg. / pos.

5. Hämatologische Befunde

Anämie: HKT ca. _____ Vol.% oder Hb ca. _____ g/dl bzw. _____ g/l

Transfusionsbedürftig: nein

ja

gelegentlich

EPO-Therapie z. Zt.: ja

nein

