

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: _____

Dateiname: MED3-FB Datenbogen Transplantationsvorbereitung (01-0)
Ersteller: PD Dr. P. Benöhr (OA)/Dr. Th. Hantzsch (OA)/Fr. Stiehler (MFA)
Freigabe: Prof. Dr. M. Haubitz (CÄ)

Seite: 1 von 7
Erstelldatum: 05.05.2020
Freigabedatum: 05.05.2020

1. Ableitende Harnwege

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

wenn ja, bitte angeben (z.B. urol. Operationen; Reflux; Blasenentleerungsstörungen; Harnwegsinfektionen 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 Rektosigmoidoskopie vom: _____

☐ kein pathol. Befund
☐ pathol. Befund falls ja, bitte angeben:

Sonographie des Abdomens vom: _____

☐ kein pathol. Befund an Leber, Milz, Pankreas,
Lymphknoten, 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

Bisherige Bluttransfusionen () keine () mehrere bitte ungefähre Anzahl _____

Immunisierungen/ Antikörper: _____

Leukopenie (< 4.000/ μ l) () nie () gelegentlich () häufig

Thrombopenie (< 80.000/ μ l) () nie () gelegentlich () häufig

6. Andere wesentliche Befunde

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----|------|-----|----|
| 1. Zustand nach Malignomentfernung | () | nein | () | ja |
| 2. abdominelle Operationen | () | nein | () | ja |
| 3. Psychosen in der Anamnese | () | nein | () | ja |
| 4. Kooperationsprobleme | () | nein | () | ja |
| 5. chronische Infektionen | () | nein | () | ja |
| 6. TBC in der Anamnese | () | nein | () | ja |
| 7. Allergien | () | nein | () | ja |
| 8. Thrombosen | () | nein | () | ja |
| 9. Diabetes mellitus | () | nein | () | ja |
| 10. schwere Fettstoffwechselstörungen | () | nein | () | ja |
| 11. andere Probleme | () | nein | () | ja |

falls ja, bitte genauere Angaben (ggf. Kopien und Befunde entsprechender Arztbriefe beifügen):
