

## Anmeldebogen zur Transplantation Niere oder Niere und Pankreas

Bitte sämtliche Befundbögen zusenden an:

**Postweg:**

Medizinische Hochschule Hannover  
Transplantationsvorbereitung Niere/Pankreas  
Carl- Neuberg- Str. 1

30625 Hannover

**E-Mail:** [Transplantation-Vorbereitung@mh-hannover.de](mailto:Transplantation-Vorbereitung@mh-hannover.de)

**KIM:** [Nierentransplantation-Vorbereitung@MHH.KIM.Telematik](mailto:Nierentransplantation-Vorbereitung@MHH.KIM.Telematik)

**Fax:** 0511 532 18564

Der Anmeldebogen dient als Übersicht zur Erfassung aller wesentlichen medizinischen Daten.  
Wir bitten um zusätzliche Übermittlung eines aktuellen Dialyseverlaufsberichts bzw. Arztbriefes mit Laborübersicht sowie aller Originalbefunde in Kopie.

### Stammdaten des Organempfängers zur Transplantation

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

GKV

PV

**Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_ **(ohne diese Angabe keine Anmeldung bei ET möglich!)**

**Dialysezentrum:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ **24h erreichbare Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Ltd. Arzt: \_\_\_\_\_ Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/n: \_\_\_\_\_

## Evaluation einer Nierenlebendspende geplant?

Nein

\* Ja

\* Bitte Ergänzungsbogen LSP Evaluation mit ausfüllen!

## Potentieller Nierenlebendspender:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Nierentransplantation

oder

kombinierte Nieren-/Pankreastransplantation

**Organempfänger: I. Diagnose**

- a) renale Grunderkrankung: \_\_\_\_\_  
Histologie: \_\_\_\_\_  
Vortransplantationen: \_\_\_\_\_
- b) weitere Diagnosen: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_
- c) Narkosezwischenfälle \_\_\_\_\_  
Medikamentenunverträglichkeit \_\_\_\_\_

**II. Dialyse-spezifische Daten**

- a) Datum der 1. Dialyse: \_\_\_\_\_  
Dialyseart: \_\_\_\_\_  
Dialysedauer (h): \_\_\_\_\_  
Dialysen pro Woche/Dialysetage: \_\_\_\_\_  
Shunt: \_\_\_\_\_  
Shuntkomplikationen: \_\_\_\_\_  
Dialysespezifische Probleme: \_\_\_\_\_  
Restdiurese \_\_\_\_\_
- b) medikamentöse Therapie: **BITTE EINEN MEDIKAMENTENPLAN BEIFÜGEN**

**Notwendige Untersuchungen zu Evaluation (Kopien von den Originalbefunden)**

**Untersuchungsdatum: Untersuchungen Herz-Gefäße**

	EKG, Pulsstatus	
	Echokardiographie	
	Ergometrie, bei nicht aussagekräftiger Ergometrie ggf. alternativer kardialer Belastungstest (Herzszintigraphie/Stressechokardiographie mit pharmakologischer Belastung, Herzkatheter)	
	Duplexsono Becken/Beine	<b>Alter &gt;50,</b> sowie bei pAVK und/oder kardiovaskulären RF
	Duplexsono Halsarterien	<b>Alter &gt;60,</b> sowie bei kardiovaskulären RF
	Röntgen des Becken zur Beurteilung der Gefäßkalzifizierung	<b>Alter &gt;40,</b> sowie bei kardiovaskulären RF
	CT-Abdomen/Becken mit Kontrastmittel, Befund+CD (u.a. zur Beurteilung der Gefäßkalzifizierung sowie Transplantatanschlussmöglichkeiten)	bei fortgeschrittener Arteriosklerose

**Untersuchungsdatum: Untersuchungen Magen-Darm**

	Komplette Sonographie des Abdomens und der Eigennieren	
	Stuhluntersuchung auf okkulte Blutverluste	<b>Alter &gt;40</b>
	Gastroskopie	Bei Ulcus- oder Refluxanamnese/Risikofaktoren wie langjähriges Rauchen
	Vorsorge- Koloskopie	<b>Alter &gt;55,</b> sowie bei positiver Anamnese

**Untersuchungsdatum: Untersuchungen Lunge**

	Röntgen-Thorax	
	Lungenfunktion	bei Nikotinabusus, Lungenerkrankungen

**Untersuchungsdatum: Konsile**

	Zahnarzt (Infektfreiheit?)	
	Dermatologische Krebsvorsorge	<b>Alter &gt;35</b>
	HNO (Infektfreiheit?)	

	Augenarzt	Bei Diabetes mell., vorbestehenden Augen- erkrankungen
	Gynäkologische Krebsvorsorge	<b>ab Alter &gt;50</b> , zusätzliche Mammographie
	Urologie Krebsvorsorge	<b>Männer ab Alter &gt;45</b>
	Urologische Funktionsdiagnostik, Zystoskopie	bei urologischen Vorerkrankungen (ggf. nach Rücksprache)

<b>Untersuchungsdatum:</b>	<b>Labor (Kopien von den Originalbefunden)</b>
----------------------------	--

	Übliche Laborübersicht (Elektrolyte, Retentionswerte, Leberwerte)	
	HBs-AG (ggf HBV-DNA), Anti-HBc, HBs-AK	(falls Anti Hbs negativ, bitte Impfung)
	Anti-HCV	
	Anti-HIV	
	EBV-IgG, CMV-IgG, VZV-IgG	(falls VZV-IgG negativ, bitte Impfung)
	iPTH	
	basales C-Peptid (< 0,5 ng/ml bzw. < 0,16 nmol/l) + simultaner Blutglukose- Bestimmung (> 70 mg/dl bzw. größer 3,9 mmol/l)	bei gewünschter kombinierter Pankreas/Nierentransplantation original Laborausdruck !
	TSH	
	HbA1c	bei Diabetes mellitus
	aktuelles Blutbild	
	Quick/ PTT	



**Klinische Beurteilung**

**Allgemeinbeurteilung des Patienten:**

---

---

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Trockengewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Gewichtszunahme zwischen den Dialysen: \_\_\_\_\_ kg

**Cor**

**Anamnestische Hinweise**, ob folgende Pathologika bestehen oder bestanden:

Koronare Herzkrankheit: \_\_\_\_\_  
Herzinsuffizienz: \_\_\_\_\_  
Rhythmusstörungen : \_\_\_\_\_

**Pulmo**

Nikotinabusus:       Ja       Nein       Früher von-bis: \_\_\_\_\_  
klinischer Befund: \_\_\_\_\_

**Urogenitaltrakt**

Harnwegsinfektionen: \_\_\_\_\_  
Harnblasenentleerungsstörung/  
Restharn: \_\_\_\_\_  
Zystoskopie/urologische Funktionsdiagnostik (bei urogenitalen Fehlbildungen oder speziellen Indikationen):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gastrointestinaltrakt:**

**Anamnestische Hinweise auf Pathologica des Gastrointestinaltraktes:**

Gastroduodenalulcera/gastrointestinale Blutungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Cholelithiasis/Cholecystitis/Cholangitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pankreatitis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Divertikulose/Divertikulitis:

ja

nein



### Vaskuläres System

**obligat:** Pulsstatus

- A. carotis:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
- A. tibialis post.:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links
- A. dorsalis ped.:	<input type="checkbox"/>	rechts	<input type="checkbox"/>	links

Gehstrecke: \_\_\_\_\_

### Hämatologisches System

**Hinweise, ob folgende Pathologica bestehen oder bestanden:**

Knochenmarksdepression:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Blutungskomplikationen:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Thrombembolien/Thrombophilie:	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

### Psychosoziale und soziale Situation

(unter besonderer Berücksichtigung der geistigen Gesamtsituation, Kooperationsbereitschaft, beruflich-soziale Situation, Sedativa/ Alkoholabusus)

---



---



---

### Immunologische Angaben

**Blutgruppe:** \_\_\_\_\_

**Bluttransfusionen:** \_\_\_\_\_

Datum:	Anzahl:	Art der Transfusion (Ery, Thrombo, etc.):

**Organtransplantationen:**  ja  nein

Datum:	Name des Zentrums:

**Schwangerschaften:**

ja

nein

Entbindungen, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch im Jahre:

---

**Hinweise für das Vorliegen einer Autoimmunkrankheit:**

ja

nein

ggf. welche:

---

**Dialyse-Einrichtung:**

(Stempel der Einrichtung)

---

Datum

---

Name und Unterschrift des Arztes  
**(Bitte in Druckbuchstaben!)**