

Checkliste für die Aufnahme auf die Warteliste zur Nierentransplantation

Name des Patienten		Vorname		Geburtsdatum	
Bitte Zutreffendes in den nebenstehenden Feldern ankreuzen.			Besonderheiten		Bemerkung/Datum
Allgemeines					
<input type="checkbox"/>	Anamnese, Familienanamnese	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Tumoranamnese	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Derzeitige Medikation	<input checked="" type="checkbox"/>			
Technische Untersuchungen					
<input type="checkbox"/>	Röntgen NNH			Bei positiver Anamnese	
<input type="checkbox"/>	Röntgen-Thorax	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Lungenfunktionsdiagnostik			Nur bei anamnest. od. bek. Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Ruhe-EKG	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Belastungs-EKG	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Echokardiographie	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Myokardszintigraphie			> 60 J., Risikofaktoren	
<input type="checkbox"/>	Coronarangiographie			- 30 J. bei Diabetes mellitus I, - auffällige Belastungsunters. - Typ II Diabetes: individuelle Entscheidung	
<input type="checkbox"/>	Cerebrales CT Angio			bei familiären Zystennieren	
<input type="checkbox"/>	Abdominelle Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Gastroskopie			Bei positiver Anamnese	
<input type="checkbox"/>	Coloskopie			> 50 J.	
<input type="checkbox"/>	Test auf okkultes Blut	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Beckenübersicht / Röntgen			> 40 J., Risikofaktoren	
<input type="checkbox"/>	Duplex Becken-Bein			> 40 J., Risikofaktoren	
<input type="checkbox"/>	Duplex Carotiden			> 40 J., Risikofaktoren	
<input type="checkbox"/>	Dermatologische Stellungnahme	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Stellungnahme (inkl. Zervixzytologie)	<input checked="" type="checkbox"/>		> 20 J.	
<input type="checkbox"/>	Mammographie			> 40 J.	
<input type="checkbox"/>	Urologische Stellungnahme (inkl. PSA) [Anhang A]	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Zahnärztliche Stellungnahme [Anhang B]	<input checked="" type="checkbox"/>			
Laboruntersuchungen					
<input type="checkbox"/>	Routinelabor, Serumelektrophorese	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	HBsAg, wenn pos: PCR; AntiHBs, AntiHBc	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV, wenn pos: PCR	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	CMV, EBV, HSV, VZV (jeweils: IgG u. IgM), HIV	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Thrombophiliescreaming bei rez. thrombembol. Ereignissen	<input checked="" type="checkbox"/>			
Immunologische Angaben					
<input type="checkbox"/>	Kopie Blutgruppenausweis	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	HLA (A, B, DR)	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Lymphozytotoxische Antikörper (PRA = panel reactive antibodies)	<input checked="" type="checkbox"/>			
Sonstiges					
<input type="checkbox"/>	3 Einwilligungserklärungen (Daten / Listung/Kooperation)	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Aufklärung ESP (Pat. älter 65 J.)	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Vorstellung im TPZ	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Angaben bei familienversicherten (inkl. Adresse,...)	<input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Impfstatus: Diphtherie/Tetanus/Polio/Pertussis/ Masern, Mumps, Röteln (Lebendimpfstoff) Pneumokokken	<input checked="" type="checkbox"/>		Hepatitis B	