



Dokumentation/Wartelistenführung  
Tel. (0821) 400 – 37 88 oder – 3781  
Fax (0821) 400 – 37 85  
Administration  
Tel. (0821) 400 – 37 77  
Fax (0821) 400 – 37 76  
[transplantationszentrum@klinikum-augsburg.de](mailto:transplantationszentrum@klinikum-augsburg.de)  
Stenglinstraße 2  
86156 Augsburg

## Befundbogen zur Transplantationsanmeldung

Patient



Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Dialysezentrum: .....

Bitte senden Sie diesen Bogen  
zusammen mit Befundkopien der jeweiligen Untersuchungen an:

	
<p><b>Klinikum Augsburg</b> <b>Transplantationszentrum</b> Postfach 10 19 20  86009 Augsburg</p>	



**Name:** ..... **Vorname:** ..... **geb.:** .....

Geburtsname: ..... Geburtsort: .....

Wohnort: ..... Straße: .....

Nationalität: ..... Telefonnummer:.....

Weitere Telefonnummern (z. B. Handy, etc.)

.....

(Bitte alle angeben!)

.....

.....

Dialysezentrum: ..... Tel. ....

Behandelnder Arzt: ..... Tel. ....

.....

**Wichtig:** (Zwecks Kostenübernahmeantrag an den Kostenträger)

Krankenkasse: ..... Mitgliedsnummer: .....

Mitglied  familienversichert  Rentner

**falls familienversichert:**

Name des Versicherten: .....

Anschrift des Versicherten: .....

Geburtsdatum: .....

Versicherungsnummer: .....

Anschrift Krankenkasse: .....

Arbeitgeber: .....

.....

Hausarzt: .....

.....



# 1 Diagnosen / Therapien

## 1.1 Renale Grunderkrankung

.....

histologisch gesichert:       nein       ja, Datum: .....

## 1.2 weitere Diagnosen

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

5 .....

6 .....

7 .....

8 .....

9 .....

10 .....

11 .....

12 .....

13 .....

14 .....

15 .....

## 1.3 Allergien/Unverträglichkeiten

.....

.....

.....



**1.4 Frühere Transplantation(en)**     nein                                     ja

Datum	Seite	Zentrum	nephrektomiert	Datum/Grund
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Therapie mit Antikörpern:			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt
Art des Antikörpers:			<input type="checkbox"/> ATG <input type="checkbox"/> ALG	<input type="checkbox"/> OKT 3
			<input type="checkbox"/> Basiliximab (Simulect™)	<input type="checkbox"/> Daclizumab (Zenapax™)
			<input type="checkbox"/> .....	

**1.5 Dialyseverlauf**

Datum der 1. Dialyse: .....

Dialyseart:    HD    CAPD      Dialysetage:    Mo    Di    Mi    Do    Fr    Sa    So

von: .....                                    bis: .....                                    insgesamt: ..... Std./Wo.

Restdiurese/24 Std.: .....

Shunt: .....                                    Fremdmaterial:    nein    ja

Shuntkomplikationen: .....

.....

Dialysespezifische Probleme  
bzw. Besonderheiten: .....

.....

**1.6 Kurzgefasster Krankheitsverlauf**

.....

.....

.....

.....

.....

.....





### 1.9 Checkliste/Besonderheiten (fakultativ)

	ja	nein	
Hypertonie			
Diabetes mellitus			
Fettstoffwechselstörung			
symptomatische KHK			
symptomatische Herzinsuffizienz			
symptomatische pAVK			
Hepatitis/Hepatopathie			
Darmerkrankungen			
Cholezystitis/Cholezystolithiasis			
Abdominelle Voroperationen			
Voroperationen in der Leistengegend			
Gefäßoperationen			
Sonstige Voroperationen			
Thrombosen			
Vaskulitis/Kollagenosen			
Hämatologische Erkrankungen			
ZNS/PNS-Erkrankungen			
Psychiatrische Erkrankungen			
Urologische Erkrankungen			
Rezidivierende Harnwegsinfekte			
Rezidivierende Infekte			
Narkosezwischenfälle			
Nikotin			
Alkohol			



## 2 Klinische Untersuchung/Ergänzende Angaben

### 2.1 Allgemeines

Größe: ..... m      Trockengewicht: ..... kg      BMI (kg/m<sup>2</sup>) .....

Allgemeinzustand: .....

### 2.2 Kopf/Hals

.....  
.....

### 2.3 Pulmo

Perkussion: .....

Auskultation: .....

Restriktion: .....

Obstruktion: .....

Akute/chronische rezidivierende  
bronchopulmonale Affektionen: .....

Spezielle Lungenveränderungen: .....

Embolie/Infarkt: .....

Nikotinabusus:  nein  ja,      wie viel, wie lange? .....

Sonstiges: .....

.....

### 2.4 Cor

RR: ..... / ..... mmHg

Herzfrequenz/-rhythmus: .....

Auskultation: .....

Coronarinsuffizienz (AP-Anamnese): .....

Herzinfarkt: .....

Herzinsuffizienz: .....

Sonstiges: .....

.....



## 2.5 Abdomen

Palpation: .....

Bruchpforten: .....

Voroperationen (inkl. Leistenregion): .....

.....

Hepatitis/Leberzirrhose: .....

Gastroduodenalulcera/gastrointestinale Blutungen: .....

Pankreatitis: .....

Divertikulose/Divertikulitis: .....

Cholezystolithiasis/Cholezystitis/  
Cholangitis: .....

Sonstiges: .....

.....

## 2.6 Vasculäres System/Extremitäten

<b>Pulsstatus:</b>	<b>links</b>	<b>rechts</b>
A. carotis:	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
A. femoralis:	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
A. poplitea:	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
A. tibialis posterior:	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
A. dorsalis pedis:	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -

Klinik für pAVK:  nein  ja, Stadium: .....

Thrombosen in der Vorgeschichte:  nein  ja  
wann? ..... Ursache:  geklärt  ungeklärt

Gefäßoperationen: .....

Sonstiges: .....

.....

## 2.7 Sonstiges

.....

.....

.....



## 2.8 Soziale und psychologische Situation

Beruf: .....

Familiäre Situation: .....

Rehabilitation (bitte zutreffendes ankreuzen):

- = arbeitsfähig, voll berufstätig, einschließlich ganztägiger Hausfrauentätigkeit
- = arbeitsfähig, teilzeitbeschäftigt, einschließlich zeitweiser Hausfrauentätigkeit
- = arbeitsfähig, aber nicht berufstätig, kein entsprechender Arbeitsplatz verfügbar
- = arbeitsunfähig, lebt zu Hause, ist imstande weitgehend für sich selbst zu sorgen
- = unfähig für sich selbst zu sorgen, benötigt stationäre oder gleichartige Pflege zu Hause

Sonstige Informationen zur geistigen Gesamtsituation, Compliance, Sedativa-/Alkoholabusus, etc.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### 3 Technische Untersuchungen

Röntgen-NNH: .....  
(bitte schriftlichen Befund)

Röntgen-Thorax: .....  
.....

Lungenfunktionsdiagnostik: .....  
.....

Ruhe-EKG: .....  
.....

Belastungs-EKG: .....  
.....

Echokardiographie: .....  
.....

**Patienten mit Auffälligkeiten in den oben genannten Untersuchungen, Klinik, atherogenen Risikofaktoren, älter 60 Jahre:**

Myocard-Szintigraphie (ggf. Stressechokardiographie):  
.....  
.....

**Patienten mit Auffälligkeiten in den Belastungsuntersuchungen, Szintigraphie/Stressechokardiographie, Diabetes mellitus (Patient älter 30 Jahre):**

Coronarangiographie:  
.....  
.....

Sonographie Abdomen inkl. Eigennieren: .....  
.....

CT-Abdomen bei Zystennieren: .....  
(Bilder zum Termin bitte im Original mitgeben!)  
.....

Gastroskopie: .....  
(obligat bei Patienten älter 40 Jahre)  
.....

Coloskopie: .....  
(obligat bei Patienten älter 50 Jahre)  
.....



Test auf okkultes Blut:  negativ  positiv

Datum: .....

**Patienten älter 40 Jahre und/oder atherogene Risikofaktoren:**

Röntgenbeckenübersicht:

.....  
(Bilder zum Termin bitte im Original mitgeben!)

Duplex Becken-Bein-Gefäße:

.....

Duplex Carotiden:

.....

**Patienten mit Pathologien der Becken-Bein-Gefäße und/oder bei Klinik:**

CT-Angiographie (altern. MR-Angiographie) oder Vorstellung in der Gefäßchirurgie:

.....  
.....  
(Bilder zum Termin bitte im Original mitgeben!)

**4 Dermatologische Stellungnahme**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 Gynäkologische Stellungnahme**

obligat: Sonographie, Zervixzytologie, Mammographie (älter 40 Jahre)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Schwangerschaften:  nein  ja, Anzahl: .....

Entbindung, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsabbruch (Datum):

.....  
.....



## 6 Laboruntersuchungen

⇒ Bitte jeweils Einheit und Referenzbereich angeben!

### 6.1 Routinelabor

Datum: .....

Leukozyten		Ferritin		ges. Protein	
Thrombozyten		Kalium		Lipase	
Erythrozyten		Natrium		Cholesterin	
Hb		Calcium		Triglyceride	
Hk		Phosphat		Glucose	
Quick		GOT/ASAT			
PTT		GPT/ALAT			
Kreatinin		LDH		TSH	
Harnstoff		Alk. Phosph		Parathormon	
Harnsäure		γ-GT		CRP	
Eisen		Bilirubin		PSA	

### 6.2 Serologie

Hepatitis B – Impfung:  nein  ja Titer: ..... am .....

Responder:  nein  ja

**pos. neg.** Datum

HBsAg:   wenn pos. PCR : .....

Anti-HBs:   .....

Anti-HBc:   .....

Anti-HCV:   wenn pos. PCR : .....

Akzeptiert der Patient ein Hepatitis B-positives Organ:  nein  ja

Hepatitis C-positives Organ:  nein  ja

**pos. neg. pos. neg.**

CMV : IgM :   IgG:   .....

EBV: IgM :   IgG:   .....

HSV: IgM :   IgG:   .....

VZV: IgM :   IgG:   .....

**pos. neg. pos. neg.**

HIV 1:   HIV 2:   .....



### 6.3 Urinstatus

Datum: .....

Leukozyten: .....

Erythrozyten: .....

Protein: .....

### 6.4 Sonstiges

Serumelektrophorese: .....

Datum: .....

Tuberkulin-Testung:  Disk-Tine-Test  Mendel-Mantoux

.....

Datum: .....

## 7 Immunologische Angaben

### 7.1 Blutgruppe (inkl. Rh-Untergruppen)

Bitte unbedingt Kopie des Blutgruppenausweises beifügen; ansonsten ist keine Anmeldung bei ET möglich!

ABO ..... Rhesus .....

### 7.2 HLA-Typisierung

Bitte unbedingt Kopie des Originalbefundes des immunologischen Labors beifügen

A-Locus: ..... B-Locus: ..... DR-Locus: .....

### 7.3 Lymphozytotoxische Antikörper (Panel reactive antibodies [PRA])

Bitte unbedingt Kopie des Originalbefundes des immunologischen Labors beifügen

..... %

### 7.4 Bluttransfusionen

nein  ja, Anzahl: .....

Datum der letzten Bluttransfusion:.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes

.....  
Dialysezentrum

#### Anlagen:

Anlage A: Urologische Stellungnahme

Anlage B: Zahnärztliche Stellungnahme

Anlage C: Dermatologische Stellungnahme

Anlage D: Gynäkologische Stellungnahme