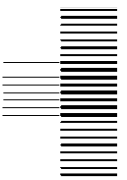




Anmeldung zur Pankreastransplantation +/- Nierentransplantation

Anmeldung zur Pankreastransplantation +/- Nierentransplantation

Patientenidentifikation			
ET-Nr.			
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße / Nr.			
PLZ und Ort			
Telefon			
Mobil-Telefon			
Aufenthaltstitel			
Kostenträger			
Anschrift			
Versicherten-Nr.			
Arbeitsplatz			
Name			
Anschrift			
Telefon			
Dialysezentrum/Klinik			
Anschrift			
Telefon/Fax			
Dialysetage			
Dialysezeit			
Diabetologe			
Anschrift			
Datum 1. Dialyse			
c-Peptid - Stimulation:	durch	basal:	nach.....Minuten:
		µg/l	µg/l
Pankreas-Inselzellantikörper:			
	IA-2:	ZnTrp-AK:	
	ICA:	IAA:	
	GAD:		
Unterschrift 1. Arzt			
Unterschrift 2. Arzt			



Anmeldung zur Pankreastransplantation +/- Nierentransplantation

Patient: _____ **geboren am:** _____

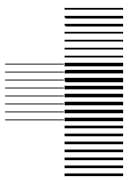
Grunderkrankung: _____ **Histologie** Ja / Nein

Vorgeschichte	Ja	Nein	Bemerkungen
Tumor			
Thromboseanamnese			
Ventilationsstörung			
Chronische Infekte			
TBC			
Hypertonie			
KHK			
Herzinsuffizienz			
AVK			
Diabetes mellitus			
Retinopathie			
Fettstoffwechselstörung			
Hepatitis / Hepatopathie			
Ulcusanamnese			
Hämatolog. Erkrankung			
Vaskulitis / Kollagenose			
ZNS / PNS Erkrankung			
Psych. Erkrankung			
Urolog. Vorerkrankungen			
Gynäkolog. Anamnese			
Bauch – OP's			
Allergie			
Alkohol			
Nikotin			
Sonstiges			

Anmeldung zur Pankreastransplantation +/- Nierentransplantation

Patient: _____ **geboren am:** _____

Befunde	Datum	Bemerkungen
Röntgen – Thorax		
HR-Thorax-CT		
Röntgen – Becken		
CT-Becken (nativ)		
Becken-Bein-Angiographie		
1 EKG		
Echokardiographie		
Streß – ECHO		
Ergometrie		
Carotis – Doppler		
Myocardszinti		
Coronarangiographie		
Lungenfunktion		
NNH / HNO		
Kieferpanorama / Zahnarzt		
Augenarzt		
Hautarzt		
Sonographie Abdomen		
Med 1 - Sono		
Urologie		
Gynäkologe ♀		
Mammographie ≥40j. ♀		
Koloskopie >50j. ♀ und ♂		
Hämostaseologie		



Anmeldung zur Pankreastransplantation +/- Nierentransplantation

Patient: _____ **geboren am:** _____

Blutgruppe: _____ **G-Nr.** _____ **Datum:** _____ **Ort:** _____

Vor 2. NTX neue Blutgruppe: Ja Nein irreg. Antikörper : _____ %

Bluttransfusionen: Ja / Nein Anzahl: _____ am: _____
 Erythropoetin: Ja / Nein Hep.B -Impfung Ja / Nein

Medikamente: siehe Bogen anbei

Dialysedaten: Klinikdialyse Zentrumsdialyse Heimdialyse CAPD

Dialysebeginn: _____ Restdiurese _____

Gefäßzugang: _____

DEG: _____ kg Körpergröße: _____ cm

RR vor HD: _____ mmHg RR nach HD: _____ mmHg

Besonderheiten :

Datum							
Virologie	CMV IgM	EBV IgM	HSV I/II-IgM	VZV IgM	Lues	Quantiferon	
Befund							
Virologie	CMV IgG	EBV IgG	HSV I/II-IgG	VZV IgG			
Befund							
Virologie	Anti - Hbs	Hbs - Ag	Anti - Hbc	HBV-DNA	Anti- HCV	HCV-RNA	Anti-HIV
Befund							
Hb		Leuko		Thrombo		GOT	
Ery		CRP		Quick		GPT	
MCH		Fibrinogen		PTT		yGT	
MCV		Ca ⁺⁺		Krea		AP	
Eisen		Phos		H - stoff		Amylase	
Ferritin		iPTH		H-säure		Lipase	
Trf-Sätt.		VitD3		Na ⁺		Bili.ges	
Vit B12		BZ		K ⁺		LDH	
Folsäure		HbA1c		pH		CK	
Reticuloz.		Chol.		Bicarbonat		TSH	
Diff. BB		HDL		Ges.Eiw.		fT3/fT4	/
Sonstige:		LDL		El'pho		PSA ♂	
		Triglyc.		Albumin			
c-Peptid-Stimulationstest mit				:basalMinute:		
Pankreas-Insellzellantikörper: IA-2				ICA	GAD	ZnTrp:	IAA :

Haemocult-Testung: _____

Datum: _____

Urinstatus: _____

Datum: _____

Urinkultur: _____

Datum: _____