

Vorstellungstermine: Dienstag
Mittwoch, Donnerstag

13.30 Uhr
14.15 Uhr

Stammdaten

Name: _____
Vorname: _____ Geb.-Datum: _____
Nationalität: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____ bei: _____
Telefon: _____ bei: _____
Telefon: _____ bei: _____
Telefon: _____ bei: _____
Telefon: _____ bei: _____

Krankenkasse: _____ Mitgl.-Nr.: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Vers.-Pers.: _____ Arbeitgeber: _____

Diagnose: _____
Schwangerschaft: _____ Bluttransfusionen: _____
ABO: _____ Blutgruppenschein mitsenden!
Restdiurese: _____ Allergien: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

Dialysezentrum: _____ Dialyse seit.: _____
Dialysetage: _____ Std.: _____
Beh. Arzt: _____ Hausarzt: _____
Straße: _____ Straße: _____
PLZ/Ort: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.: _____ Tel.: _____
Fax: _____ Fax: _____

Vorstellungsgespräch geführt mit: _____

TRANSPLANTATIONSZENTRUM BOCHUM

Diagnose: _____ Patient: _____

Datum: _____

Grunderkrankung: _____

Histologisch gesichert: ja/nein

1. Dialyse: _____

Anamnese:

Familienanamnese:

Klinischer Status:

Gew.: _____ Größe: _____

RR: _____ Frequenz: _____

1.) Medikamente:

Dosierung:

- 2.) Rehabilitation:
 Erlerner Beruf: _____
 Ausgeübter Beruf: _____

Rehabilitationsgrad: (Bitte setzen Sie im Feld die Ziffer ein, die der Beschreibung am nächsten kommt.)

1. Arbeitsfähig, voll berufstätig, - einschließlich ganztägiger Hausfrauentätigkeit.
2. Arbeitsfähig, teilzeitbeschäftigte, - einschließlich zeitweiser Hausfrauentätigkeit.
3. Arbeitsfähig, aber nicht berufstätig, kein entspr. Arbeitsplatz verfügbar.
4. Arbeitsfähig, aber nicht berufstätig, Verdienstmöglichkeit geringer als Rente.
5. Arbeitsfähig, lebt zu Hause, ist imstande weitgehend für sich selbst zu sorgen. (braucht gelegentlich Hilfe).
6. Unfähig für sich selbst zu sorgen, benötigt stationäre oder gleichartige Pflege zu Hause.

Zur Zusammenfassung bitten wir um Beantwortung folgender Fragen:

- | | | |
|--|------|----|
| 1. Pat. ist älter als 50 Jahre | nein | ja |
| 2. Nicht-renale Grunderkrankung | nein | ja |
| 3. Obstruktive Uropathie | nein | ja |
| 4. Harnwegsinfekte vor Dialysebeginn | nein | ja |
| 5. Harnwegsinfekte seit Dialysebeginn | nein | ja |
| 6. Chron. HNO-Infekte | nein | ja |
| 7. Tuberkulose in der Anamnese | nein | ja |
| 8. Verkalkte Lungenherde | nein | ja |
| 9. Rezidivierende fieberhafte Infekte | nein | ja |
| 10. Fundus hypertonicus III/IV | nein | ja |
| 11. Gefäßgeräusche in der Leistenregion | nein | ja |
| 12. Coronare Herzerkrankung | nein | ja |
| 13. Herzinsuffizienz | nein | ja |
| 14. Pericarditisanamnese | nein | ja |
| 15. Australia-Antigen früher | nein | ja |
| 16. Australia-Antigen jetzt | nein | ja |
| 17. Andere Leberfunktionsstörungen | nein | ja |
| 18. Gastritis-Ulcusanamnese | nein | ja |
| 19. Diabetes mellitus | nein | ja |
| 20. Hypertriglyceridämie über 300 mg% | nein | ja |
| 21. Adipositas | nein | ja |
| 22. Frühere abdom./inguinale Operationen | nein | ja |
| 23. Psychotische Reaktionen | nein | ja |
| 24. Milz tastbar | nein | ja |
| 25. Leukozyten unter 5.000 mm ³ | nein | ja |
| 26. Sonstige Besonderheiten | nein | ja |
-

3.) Frühere Transplantation: ja/nein wann: _____
 Nephrektomie: ja/nein wann: _____

Blutgruppe / Rh Faktor: _____
 Anzahl der Bluttransfusionen insgesamt: _____
 letzte Bluttransfusion am: _____

4.) Virologie-Ergebnisse:

HBsAG: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 HBsAK: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 HCV: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 CMVIgG: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 CMVIgM: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 HIV I AK: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 HIV II AK: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____
 Toxoplas.: neg./pos. _____ Untersuchungsdatum: _____

5.) Aktuelle Laborwerte:

Dialyseregime:

Dialysetage: MO DI MI DO FR SA SO

Uhrzeit von/bis: _____
 Sollgewicht: _____
 Gewichtszunahme zwischen den Dialysen: _____
 Gefäßzugang: _____
 Art der Heparinisierung: _____
 Allergien: _____

