**Klinikum rechts der Isar  
Anstalt des öffentlichen Rechts**

**Klinik und Poliklinik für Chirurgie**

**Klinik und Poliklinik für Nephrologie**

**Klinik und Poliklinik für Urologie**

Ismaninger Straße 22  
81675 München

Transplantationszentrale:

Tel: 089 4140-2011

Fax: 089 4140-4884

E-mail: transplantation@mri.tum.de

Transplantationsstation M1a:

Tel: 089 4140-5024 (Ärzte)

Tel: 089 4140-2111 (Pflege)

Fax: 089 4140-4805

Nephrologie Station D3a:

Tel.: 089 4140-5231

Tel.: 089 4140-2339 (Pflege)

Tel.: 089 4140-5235 (Dialyse)

Transplantationsambulanz:

Tel: 089 4140-6703

Fax: 089 4140-4741

**www.transplantation.mri.tum.de**

**www.mri.tum.de**

Klinikum rechts der Isar

Technische Universität München

**VUD-Logo-transparentBefundbögen bitte einsenden an:**

**TransplanTUM**

Transplantationszentrale 

z.Hd. Fr. C. Federspiel / Fr. M. Weyrauch

Klinikum rechts der Isar

Ismaningerstraße 22

81675 München

Fax.: 089 4140-4884

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Untersucher: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Allgemeine Daten:**

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

geb.: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Geburtsname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wohnort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.(PLZ) Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mobil: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. oder Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Dialysezentrum:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Behandelnder Arzt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. oder Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Erklärung:** ich / wir möchte(n) im Falle eines Organangebots

den Patienten / die Patientin selbst informieren

dass der Patient / die Patientin durch das Transplantationszentrum einbestellt wird

und ich / wir auch nachts informiert werde(n)

ich / wir erst am nächsten Arbeitstag informiert werde(n)

**W I C H T I G !!** (zwecks Kostenübernahmeantrag an den Kostenträger)

Krankenkasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mitgliedsnr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name des Hauptversicherten (falls obiger Patient familienversichert):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. geb.: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Anschrift der Krankenkasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Arbeitgeber: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Rentner: ja nein

Patient im Transplantationsfall erreichbar:

1. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
2. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
3. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
4. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Diagnosen und ANAMNESE:**

**1. Renale Grundkrankheit:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Arztbrief vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

a) klinische Sicherung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

b) histologische Sicherung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Histobefund vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

**2. Weitere Diagnosen:**

Arztbrief vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

**3. Eigenanamnese:**

bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten oder fügen Sie ärztliche Berichte hierzu an:

1. Beginn und Verlauf der Nierenerkrankung
2. Internistische Anamnese
3. Operationen keine
4. Kinderkrankheiten keine
5. Schwangerschaften keine
6. Soziale Situation (Beruf, Familie, alleinstehend)
7. Allergien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

keine

eigener Bericht vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

oder / und

Arztbrief vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

**4. Familienanamnese:**

bitte machen Sie Angaben zu folgenden Punkten oder fügen Sie ärztliche Berichte hierzu an:

1. kardiovaskuläre Erkrankungen keine

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. Malignome keine

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. hereditäre Erkrankungen keine

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5. Derzeit relevante Probleme**

1. Kardiovaskuläres System keine
2. Respiratorisches System keine
3. Gastrointestinaltrakt keine
4. Gynäkologie / Urologie keine
5. Metabolische und hämatologische Erkrankungen keine
6. Infektionen keine
7. Muskeln und Skelett / Wirbelsäule keine
8. Neurologie und Psyche keine
9. Suchtmittel

Nikotin nein ja wieviel: \_\_\_\_\_\_ (py)

anhaltend aufgehört \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

Alkohol nein ja wieviel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anhaltend aufgehört \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_

andere welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anhaltend aufgehört Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

eigener Bericht vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

oder / und

Arztbrief vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage

**6. Medikamente**

aktueller Bundesmedikationsplan in Kopie in Anlage

**Körperlicher Untersuchungsbefund :**

Größe: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (cm)

Gewicht:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (kg)

RR:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (mmHg)

bitte fügen Sie einen ausgefüllten Untersuchungsbogen\* bei oder fassen Auffälligkeiten der folgenden Punkte in einem Bericht zusammen:

Untersuchungsbogen vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. in Anlage;

\* ein Anamnesebogen kann z.B. unter

*https://www.miamed.de/amboss/untersuchungs-und-anamnesebogen* kostenlos herunter geladen werden

Bericht vom Klicken Sie hier, um Text einzugeben. in Anlage

1. Haut und Schleimhäute (einschl. Behaarung)
2. Kopf
3. Augen
4. Mundhöhle, Lippen, Rachenring, Zunge, Zähne
5. Hals
6. Thorax
7. Herz
8. Pulmo
9. Abdomen
10. Bauchdecken, Druckschmerz, Klopfschmerz, Resistenzen, Peristaltik, Narben, Bruchpforten
11. Leber
12. Milz
13. Nierenlager
14. Gefäßstatus
15. Neurologischer Status
16. Rektale Untersuchung
17. Mammae / Genitale
18. Bewegungsapparat / Wirbelsäule

**Verlauf unter Dialyse**

Datum der 1. Peritonealdialyse: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Datum der 1. Haemodialyse: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

derzeit:  Haemodialyse

Peritonealdialyse

**An welchen Tagen der Woche wird der Patient normalerweise dialysiert?**

Montag  Mittwoch  Freitag

Dienstag  Donnerstag  Samstag

Zentrumsdialyse  Heimdialyse

Restdiurese pro Tag: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (ml)

Trinkmenge pro Tag: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (ml)

Trockengewicht: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (kg)

**Gefäßzugang aktuell**

Ciminofistel  Kunstgefäßinterponat

andere: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Probleme des Gefäßzuganges (Revisonen, Neuanlagen): keine

Wenn ja, welche?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Immunologischer Status:**

**!Bitte unbedingt alle Originalbefunde beilegen!**

Blutgruppe inkl. Rhesusformel:  vorhanden, Original in Anlage

HLA-Typisierung: (Antragsformular siehe letzte Seite)  vorhanden, Original in Anlage

Aktuelles Antikörperscreening  vorhanden, Original in Anlage

**Angaben über Bluttransfusionen:**

Hat der Patient Bluttransfusionen erhalten?  nein  ja

Wenn ja,

1. wann: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

2. wo: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3. Anzahl: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

4. welcher Art: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

5. letzte Bluttransfusion am: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Laboruntersuchungen:**

**Bitte Kopie Folgender LaborBefunde in Anlage**

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |
| **Hämatologie** |  |  |  |  |
|  | Differential-Blutbild |  |  |  |
| **Serumchemie** |  |  |  |  |
|  | Natrium  Kalium  Kreatinin  ggf. eGFR  Harnstoff-N/HST  Harnsäure  Calcium  Phosphat | GPT  GOT  ΥGT  AP  Cholinesterase  Bilirubin  Lipase  CRP  LDH  CK | ges. Cholesterin  HDL  LDL  Triglyceride | Eisen  Ferritin  Transferrin-Sättigung |
| **Gerinnung** |  |  | *nur bei Thromboseanamnese:* | |
|  | Quick/ INR | aPTT | *Prothrombin G20210A* | *Faktor-V-Leiden-Mutation* |
| **Urinanalytik** |  |  |  |  |
|  | Urinstatus  Urinsediment  Urinkultur | Proteinurie (Albumin, Eiweiß [mg/g Krea]) | | |
| **Hormone** |  |  |  |  |
|  | ß-HCG  AFP (männlich)  tPSA, fPSA und Ratio (männlich > 40J)  Schwangerschaftstest | TSH  ggf. fT3 und fT4 | Parathormon | *C-Peptid (Pankreas-transplantation)* |
| **sonstiges** |  |  |  |  |
|  | Blutzucker nüchtern  HbA1c  ggf. oGTT | Serum-ELPHO | venöse BGA |  |

**Nur bei kombinierter Nieren-Pankreas-Transplantation: !Originalbefund beilegen!**

1. C-Peptid (nach Glucagon-Stimulation)
2. Diabetes-Antikörper (GAD-AK, IAA-AK, IA2-AK)

**Bitte Kopie Folgender LaborBefunde in Anlage**

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |
| **Serologie** |  |  |  |  |
|  | HBsAg  anti-HBc  anti-HBs | HIV (anti-HIV/p24-Ag) | HCV (anti-HCV) | CMV-IgM  CMV-IgG  EBV-IgM  EBV-IgG  VZV-IgG  VZV-IgM |

**Hepatitis B:**

geimpft:

nein  ja; anti-HBs-Titer: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.;

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Bitte ggf. Kopie der Titerbestimmung beilegen!

**Technische Untersuchungen:**

**Bitte KopieN Folgender Befunde in Anlage**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |
| **Radiologie** |  |  |  |  |
|  | Thorax in 2 Ebenen | NNH & OPG |  |  |
| **Sonografie** |  |  |  |  |
|  | Abdomen | Schilddrüse | Doppler Carotiden | ggf. Doppler Becken / Beine |
| **Kardiologie** |  |  | *bei Anamnese / Vorerkrankung, obligat bei Nierenpankreastransplantation* | |
|  | EKG, ggf. 24h-EKG  Ergometrie Echokardiografie | ggf. 24h-Blutdruckmessung  (wenn schlecht einstellbar) | *ggf. Herzkatheter*  *ggf. Becken-/Bein-Angiografie* | *ggf. kardiologische Stellungnahme* |
| **Pulmonologie** |  |  |  |  |
|  | LuFu |  | | |
| **Gastro-enterologie** | *> 50 Jahre oder positive Familienanamnese* | | | |
|  | *ÖGD* | *Coloskopie* | | |

**Konsiliaruntersuchungen**

**Bitte KopieN Folgender Befunde in Anlage**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | | |
| **Urologie** |  |  | |  |  | |
|  | Diurese >1l/d  **ohne** Mikrohämaturie  Restharnausschluss  Urologische Untersuchung inklusive Uroflow  Bei Restharn zusätzlich:  Zystoskopie  Urodynamik  Anurie >1 Jahr: zusätzlich Zystoskopie mit Blasenkapazitätsbestimmung  und Urodynamik | | Diurese >1l/d  **mit** Mikrohämaturie  oder Diurese <1l/d: Tumorausschluss mit Zystoskopie und  US und  MR-AUG (RD >1l)  oder retrograde Ureteroskopie mit Pyelographie (RD<1l) | Bei Reflux-vorgeschichte:  Refluxdiagnostik | |  |
| **Gynäkologie** |  |  | |  |  | |
|  | Tumorvorsorge |  | |  |  | |
| **HNO** | *bei Anamnese / Vorerkrankung* | | |  | | |
|  | *Ausschluss chronischer Infektfokus* | | | |  | |
| **Zahnarzt** |  |  | |  |  | |
|  | Ausschluss sanierungsbedürftiger Läsionen | | | | | |
| **Augenarzt** | *nur bei Diabetes mellitus* | | | | | |
|  | *Spiegelung Augenhintergrund* | | | | | |
| **Dermatologie** |  | | | | | |
|  | Tumorvorsorge |  | | | | |

bitte individuell ggf. zusätzliche Konsiliaruntersuchungen veranlassen (z.B. kardiologische Stellungnahme, pulmonologische Beurteilung,...)

Untersucher: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Praxisstempel:



**! Bitte dem Anmeldebogen zur Transplantation beifügen !**

Mit der Anmeldung zur Transplantation erkläre ich mich einverstanden, dass zum Zwecke der Registrierung, und um ein Organangebot zuordnen zu können, personenbezogene und medizinische Daten an Eurotransplant und die Deutsche Stiftung Organtransplantation durch das Transplantationszentrum Klinikum rechts der Isar, weitergegeben werden dürfen. Zusätzlich bin ich darüber aufgeklärt worden, dass im Rahmen des Transplantationsgesetzes eine Verpflichtung des Transplantationszentrums besteht, vor und nach Transplantation personenbezogene und medizinische Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (Aqua, OTX oder andere vom Bund bestimmte Organisationen) zu melden, die dort gespeichert werden. Dazu gehört zusätzlich die Zurverfügungstellung personenbezogener und medizinischer Daten, auch rückwirkend seit dem 01.11.2016, in ein zu errichtendes Transplantationsregister, indem Daten ggf. über die gesamte Transplantationsdauer gespeichert werden. In diesem Zusammenhang bin ich darüber aufgeklärt worden, dass im Falle meines Widerrufs der hier geleisteten datenschutzrechtlichen Einwilligungen nach Absatz 7 die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen bzw. bin ich über die Tragweite der Einwilligung informiert worden.

Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass die zur Unterstützung meiner Behandlung und zur wissenschaftlichen Auswertung erforderlichen Daten an die für die elektronische Datenverarbeitung des Klinikums rechts der Isar zuständigen Stellen übermittelt und dort unter Wahrung des Gebots der ärztlichen Schweigepflicht aufbewahrt werden. Die notwendigen organisatorischen und technischen Maßnahmen nach dem Datenschutzgesetz sind getroffen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Name des Patienten) (Unterschrift)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort, Datum) (Name des Arztes) (Unterschrift)

****

**Antrag auf Immunologische Labordiagnostik**

Einsender / Dialysezentrum (z.B. Stempel):

Labor für Immungenetik

und Molekulare Diagnostik

Marchioninistraße 15d

81377 München

Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Durchführung folgender Untersuchung(en):

**( x ) HLA-Typisierung**

**( ) Crossmatch (bei geplanter Nierenlebendspende bitte ankreuzen)**

**( x ) Antikörperbestimmung**

Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Indikation: **NTX / NTX-Lebendspende**

(nichtzutreffendes streichen)

Mit freundlichen Grüßen,

Stempel des Dialysezentrums