**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**

**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

Zusätzliche Erreichbarkeit des Patienten im Transplantationsfall:

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 in Anlage

**2. Weitere Diagnosen:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**3. Eigenanamnese:**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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. Soziale Situation (Beruf, Familie, alleinstehend)
5. Allergien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

keine

eigener Bericht in Anlage

oder / und

Arztbrief 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 in Anlage

oder / und

Arztbrief 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 in einem Bericht zusammen:

Untersuchung in Anlage;

\* ein Anamnesebogen kann z.B. unter

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

**Verlauf unter Dialyse**

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

derzeit:  Haemodialyse

Peritonealdialyse

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

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**

Ciminofistel  Kunstgefäßinterponat

andere: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Probleme des Gefäßzuganges (Revisonen, Neuanlagen): keine

Bericht zu Komplikationen in Anlage;

**Immunologischer Status**

**Bitte 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

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

**Schwangerschaften:**

Bisherige Schwangerschaften:  nein  ja, Anzahl: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**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.

**Labor**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | |
| **Hämatologie** | Differential-Blutbild |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Serumchemie** | Natrium  Kalium  Kreatinin  Harnstoff  Harnsäure  Kalzium  Phosphat | GPT  GOT  ΥGT  AP  Bilirubin  Lipase  CRP  LDH  CK | ges. Cholesterin  HDL  LDL  Triglyceride | | Eisen  Ferritin  Transferrin-Sättigung |
|  |  |  |  | | |
| **Gerinnung** | Quick/ INR  aPTT | *Nur bei Thromboseanamnese:* | | | |
| *Prothrombin -Mutation* | *Faktor-V-Leiden-Mutation* | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Urinanalytik** | Urin-Stix  Urinsediment  Urinkultur | Proteinurie (Albumin, Eiweiß [mg/g Krea]) | | | |
|  |  |  |  | |  |
| **Endokrino**  **logie** | ß-HCG (männlich)  AFP (männlich)  tPSA, fPSA und Ratio (männlich > 40J)  Schwangerschaftstest | TSH  ggf. fT3 und fT4 | Parathormon | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **sonstiges** | Blutzucker nüchtern  HbA1c  ggf. oGTT | Elektrophorese | | venöse BGA |  |
| **Serologie** | HBsAg  anti-HBc  anti-HBs | HIV | | HCV (anti-HCV) | CMV-IgM  CMV-IgG  EBV-IgM  EBV-IgG |

**Nur bei kombinierter Nieren-Pankreas-Transplantation:**

**Bitte Originalbefund beilegen**

1. C-Peptid mit **gleichzeitig** gemessenem Blutzucker >70mg/dl **(Dokumentation Zeitpunkt)**

oder C-Peptid nach Glucagon-Stimulation

1. Diabetes-Antikörper (GAD-AK, IAA-AK, IA2-A

**Untersuchungen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | |
| **Kardiologie/**  **Angiologie** | EKG, ggf. 24h-EKG  Echokardiografie  24h-Blutdruck  Ergometrie  *Bei nicht ausreichender Belastung:*  *Myokardszintigraphie mit medikamentöser Belastung*  Carotis Dopplersonographie  Becken/Beine Dopplersonographie | | | | |
| **Urologie** | **ohne** Mikrohämaturie:  Restharnausschluss  Urologische Untersuchung inklusive Uroflow (männlich)  Bei Restharn zusätzlich:  Zystoskopie  Urodynamik  Anurie >1 Jahr zusätzlich: Zystoskopie mit Blasenkapazitätsbestimmung  und Urodynamik | | **mit** Mikrohämaturie:  Tumorausschluss mit Ultraschall und Zystoskopie  MR-AUG (Diurese >1l/d)  oder retrograde Ureteropyelographie (RD<1l/d) | | |
| **Gynäkologie** | Routineuntersuchung mit Krebsvorsorge  Mammographie/Mammasonographie ab 50 Jahre | | | | |
| **Sonografie** | Abdomen inkl. Nieren  Schilddrüse | |  | | |
| **Gastro-enterologie** | iFOBT  *Nur ≥ 50 Jahre, positive Familienanamnese oder Langzeitimmunsuppression:* | | | | |
|  | ÖGD  Koloskopie | |  | | |
| **Zahnarzt** | Ausschluss sanierungsbedürftiger Läsionen/InfektfokusW | | | |  |
|  |  |  | |  |  |
| **Augenarzt** | *nur bei Diabetes mellitus*: Augenhintergrund | | | | |
|  |  | | | | |
| **Dermatologie** | Krebsversorge | | | | |
|  |  | | | | |
| **Pulmologie** | Lungenfunktion |  | | | |
| **Radiologie** | Röntgen-Thorax in 2 Ebenen | | | | |
| **HNO** | *Nur bei entsprechender Anamnese:* Routinevorstellung, ggf. Röntgen/CT NNH | | | | |

Bei entsprechenden Vorerkrankungen bitte fachspezifische Stellungnahme veranlassen (z.B. bei KHK, Tumorerkrankung, COPD,…)

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

Elisabeth-Winterhalter-Weg 15

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