**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**

**Befundbögen 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** | NatriumKaliumKreatininHarnstoffHarnsäureKalziumPhosphat | GPTGOTΥGTAPBilirubinLipaseCRPLDHCK | ges. CholesterinHDLLDLTriglyceride | EisenFerritinTransferrin-Sättigung |
|  |  |  |  |
| **Gerinnung** | Quick/ INRaPTT | *Nur bei Thromboseanamnese:* |
| *Prothrombin -Mutation* | *Faktor-V-Leiden-Mutation* |  |
|  |  |  |  |  |
| **Urinanalytik** | Urin-StixUrinsedimentUrinkultur | Proteinurie (Albumin, Eiweiß [mg/g Krea]) |
|  |  |  |  |  |
| **Endokrino****logie** | ß-HCG (männlich)AFP (männlich)tPSA, fPSA und Ratio (männlich > 40J)Schwangerschaftstest | TSHggf. fT3 und fT4 | Parathormon |  |
|  |  |  |  |  |
| **sonstiges** | Blutzucker nüchternHbA1cggf. oGTT | Elektrophorese | venöse BGA |  |
| **Serologie** | HBsAg anti-HBcanti-HBs | HIV | HCV (anti-HCV) | CMV-IgMCMV-IgGEBV-IgMEBV-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-EKGEchokardiografie24h-BlutdruckErgometrie*Bei nicht ausreichender Belastung:**Myokardszintigraphie mit medikamentöser Belastung*Carotis DopplersonographieBecken/Beine Dopplersonographie  |
| **Urologie** | **ohne** Mikrohämaturie:RestharnausschlussUrologische Untersuchung inklusive Uroflow (männlich)Bei Restharn zusätzlich:ZystoskopieUrodynamikAnurie >1 Jahr zusätzlich: Zystoskopie mit Blasenkapazitätsbestimmungund Urodynamik | **mit** Mikrohämaturie:Tumorausschluss mit Ultraschall und Zystoskopie MR-AUG (Diurese >1l/d)oder retrograde Ureteropyelographie (RD<1l/d) |
| **Gynäkologie** | Routineuntersuchung mit KrebsvorsorgeMammographie/Mammasonographie ab 50 Jahre |
| **Sonografie** | Abdomen inkl. NierenSchilddrüse |  |
| **Gastro-enterologie** | iFOBT *Nur ≥ 50 Jahre, positive Familienanamnese oder Langzeitimmunsuppression:* |
|  | ÖGDKoloskopie |  |
| **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