**Name, Vorname geb.**

Lieber Patient, liebe Patientin,

Vor der Entscheidung, ob eine Nierentransplantation bei Ihnen möglich ist, benötigen wir einige Untersuchungen. Diese dienen dazu Ihr Operationsrisiko abzuschätzen und eventuelle Erkrankungen, die durch eine immununterdrückende Therapie verschlechtert werden können (z.B. Tumorerkrankungen oder chronische Entzündungen), auszuschließen. Ihr betreuender Arzt wird mit Ihnen die notwendigen Untersuchungen besprechen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Untersuchung** | **Befund notwendig** | **Befund vorhanden / Kommentar** |
| Ruhe-EKG | [ ]  |  [ ]  |
| Belastungs-EKG | [ ]  |  [ ]  |
| Herz-Ultraschall | [ ]  |  [ ]  |
| Herz-Szintigraphie | [ ]  |  [ ]  |
| Herzkatheter | [ ]  |  [ ]  |
| Sonographie Bauchorgane | [ ]  |  [ ]  |
| Röntgen Lunge | [ ]  |  [ ]  |
| Röntgen Beckenübersicht Frage: Gefäßverkalkung | [ ]  |  [ ]  |
| Magenspiegelung | [ ]  |  [ ]  |
| Darmspiegelung | [ ]  |  [ ]  |
| Urologische Untersuchung Frage: Ausschluss Tumor | [ ]  |  [ ]  |
| Gynäkologische Untersuchung Inkl. Mammographie | [ ]  |  [ ]  |
| Augenärztliche Untersuchung Frage: Grauer Star, Netzhauteinblutungen | [ ]  |  [ ]  |
| Hautärztliche Untersuchung Frage: Ausschluss Hauttumor | [ ]  |  [ ]  |
| HNO-ärztliche Untersuchung Frage: (Chron.) Entzündungen | [ ]  |  [ ]  |
| Zahnärztliche Untersuchung Frage: (Chron.) Entzündungen | [ ]  |  [ ]  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nach Erhalt der Befunde können sich – je nach Ergebnis – noch weitere Untersuchungen anschließen.

Ihr

Transplantationszentrum Stuttgart