|  |
| --- |
|  |
| Dialysezentrum / Gemeinschaftspraxis (Anschrift/Stempel) | |  |

**Checkliste:   
Anmeldung zur Verstorbenennierentransplantation  Lebendnierentransplantation**

Eine vollständig ausgefüllte Checkliste, beigefügte **Befundkopien** und ein **epikritischer Bericht des Dialysearztes** gewährleisten eine schnelle Anmeldung bei Eurotransplant.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | | | | |
| Geburtsdatum | männlich  weiblich | | | | |
| Telefonprivat |  | | | | |
| Dialyseart | Hämodialyse  Peritonealdialyse | | Montag/Mittwoch/Freitag | | vormittags/nachmittags/nachts |
| Dienstag/Donnerstag/Samstag | | vormittags/nachmittags |
| **Datum 1. Dialyse !** |  | Berechnungsgrundlage für die Wartezeit! **Bescheinigung erforderlich!** | | | |
| **Allergien** und  Unverträglichkeiten |  | | | | |
| Körpergröße | cm | | | BMI: | |
| Körpergewicht | kg = Sollgewicht am | | | | |
| **Transfusionen** | Insgesamt erhalten: | | | Zuletzt erhalten am: | |
| **Vortransplantation**  (Anzahl/Datum) |  | | | Tx-Zentrum: | |
| Bei Frauen: | Anzahl der **Schwangerschaften?**  Anzahl der **Geburten?** | | | | |
| Restdiurese  Blasenkapazität | ml/24 Std. am  ml | | | | |
| ASS, Plavix , Marcumar , NOAK | | | | | |
| Nikotin , Hypertoniker , Cholesterin erhöht , Diab. Mell. | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anforderungen:** |  | **Untersuchungsdatum:** | **Befund:** | **Indikation:** |
| Ruhe-EK | Befund max. 12 Monate alt |  |  | altersunabhängig |
| Belastungs-EKG |  |  | altersunabhängig |
| Myokardszintigraphie |  |  | falls im Belastungs-EKG keine Ausbelastung erreicht wurde |
| Echokardiographie |  |  | altersunabhängig |
| Abdomen-  Sonographie |  |  | altersunabhängig |
| Parathormon [PTH] |  |  |  |
| Röntgen – BÜS  od. CT-Becken (Frage: Gefäßkalk?) | Befund max.24 Monate alt |  |  | CT-Becken nativ bei Dialyse > 5 Jahren bzw. bei DM oder pAVK |
| Röntgen Thorax |  |  | altersunabhängig |
| Urologie | Befund max. 5 Jahre alt, bzw. auch früher bei Bedarf |  |  | Bei Urogenitaler Grunderkrankung oder Anurie oder Z.n. Endoxantherapie oder Männern ab 50. Lebensjahr |
|  |
| PSA-Wert |  |  | Bei Männern ab 50. Lebensjahr |
| Koloskopie  Histologie beilegen |  |  | ab 50. Lebensjahr |
| Gynäkologie |  |  | Bei Frauen altersunabhängig (Krebsvorsorge) |
| Mammographie |  |  | Bei Frauen ab 50. Lebensjahr |
| Dermatologie |  |  | altersunabhängig |
| HNO-Arzt oder  Röntgen-NNH |  |  | altersunabhängig |
| Zahnarzt |  |  | altersunabhängig |
| **Anmerkung:** | Falls der ursprüngliche Befund unauffällig war, keine neuen Beschwerden aufgetreten sind und keine Patienten-Risikofaktoren bestehen, können nachfolgende Befunde auch >1 Jahr alt sein: HNO-Arzt, Dermatologie, Urologie | | |

**Bitte epikritischen Arztbericht beifügen:**