

**Medizinische Klinik I Merheim**  
**Klinik für Nephrologie, Transplantations-**  
**medizin und internistische Intensivmedizin**  
**(Chefarzt: Prof. Dr. med. Achim Jörres)**



Krankenhaus Merheim  
 Klinikum der Universität Witten/Herdecke  
 Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln

Dr. med. A. Harth  
 Sektionsleiterin Transplantation

Transplantationsbüro Fr. A. Peritore

Tel.: +49 221 8907-3172

Tel.: +49 221 8907-3227

Fax: +49 221 8907-3173

TP-Zentrum@kliniken-koeln.de

## Befundbogen zur Vorbereitung einer Nieren (-Pankreas)-Transplantation

Name: _____  Vorname: _____  Geburtsdatum: _____  Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemein.  Nationalität: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Telefon privat _____ Telefon mobil _____	Art d. Versicherung    gesetzlich <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Rentner Familie Wahlleistung Chefarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art d. Versicherung    privat Wahlleistung Chefarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Versicherte Person: Geburtsdatum: _____  Status Aufenthaltstitel: _____ Sprache: _____  Krankenkasse: _____ Mitglieds-Nr.: _____
---	---

<b>Datum der ersten Dialyse:</b>
Lebenspende geplant <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dialyseregime:	<input type="checkbox"/> HD	<input type="checkbox"/> Mo/Mi/Fr	<input type="checkbox"/> Di/Do/Sa	<input type="checkbox"/> CAPD
Bluttransfusionen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anzahl:	am:
Schwangerschaften:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anzahl:	
Eignung für Transplantation	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> schlecht	
Größe: _____	Gewicht: _____	BMI: _____		

Der Patient ist nach ersten Informationen durch mich mit der Durchführung einer Nieren(-Pankreas)-Transplantation einverstanden.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Stempel Dialysepraxis

Unterschrift (Dialysearzt)

Name in Druckbuchstaben

*Für eine zügige Bearbeitung bitten wir um einen*

*möglichst vollständigen Befundbogen!*

**Zur Anmeldung bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen sowie um Überlassung unten aufgeführter Unterlagen und Befunde. Wir empfehlen, die Evaluationsuntersuchungen stationär durchzuführen.**

- Arztbrief mit ausführlicher Diagnosenliste (incl. ICD 10-Codes) und Medikamentenplan
- Nephrologische Anamnese\* (Verlauf der nephrologischen Grunderkrankung, bereits durchgeführte Therapien (vor allem immunsuppressive)) oder entsprechende Arztbriefe
- Befund und Histologie der Nierenbiopsie (wenn erfolgt)
- Befunde Calcium-Phosphathaushalt (Werte Ca, PO<sub>4</sub>, PTH, 25-OH-Vit. D, aktuelle Medikation)
- Befunde Virologische Diagnostik (Hepatitis B und C-Serologie, HIV-Serologie)
- Befunde eventuell schon hinsichtlich Empfängereignung durchgeführte Untersuchungen (s. Seite 3), bitte zunächst keine zusätzlichen Untersuchungen Ihrerseits veranlassen.

Über stationäre Evaluierung informiert

ja\*

nein

Frühere Transplantation

ja\*

nein

Datum:

ET-Nummer:

Verträglichkeit der Dialyse

gut

mäßig

schlecht

**Raum für Notizen** (Nephrologischer Krankheitsverlauf / Bluttransfusionen: Anzahl, wann, warum / Frühere Transplantation: wann / Funktionsverlust warum / Nephrektomie erfolgt: wann / Kardiovaskuläre Ereignisse: welche, wann)

**Zu Ihrer Information: Evaluationsuntersuchungen zur Aufnahme auf die Warteliste**

### **Untersuchungen im Zentrum**

- Labor (Blutgruppe, HLA-Typisierung, Antikörperscreening, Virologie (HBV, HCV, HIV), Thrombophiliediagnostik Routine incl. Retentionsparametern, Markern des Lipid- und Glukosestoffwechsels, PTH, 25-OH-Vitamin D, TSH, PSA (m, >40J), C-Peptid (stimuliert bei D.m. Typ1)
- Ruhe-EKG
- transthorakale Echokardiographie
- kardiale Belastungsuntersuchung (Stressechokardiographie oder Myokardszintigraphie, keine Ergometrie)
- Lungenfunktionsdiagnostik
- Röntgen-Thorax
- CT Abdomen und Becken nativ zur Beurteilung einer Vasosklerose
- Doppler- und Duplexsonographie der Becken-/ Beinstrombahn und der Carotiden
- Nebenschilddrüsenultraschall
- Koloskopie (≥ 50J, alle 10 Jahre bzw. nach Empfehlung des letzten Befundes), auf Wunsch auch ambulant

**Im Einzelfall ggf. weitere Untersuchungen, Festlegung erfolgt nach dem Erstgespräch im Zentrum**

### **Ambulante Untersuchungen, die im Rahmen des gesetzlich geförderten Vorsorgeprogramms durchgeführt werden, und deren Befunde zur Listung vorliegen müssen.**

Wir bitten um Überlassung bereits erhobener Befunde bzw. um Planung der entsprechenden Untersuchungen:

- Koloskopie (≥ 50J, alle 10 Jahre bzw. nach Empfehlung des letzten Befundes), auf Wunsch auch während der stationären Evaluation
- Gynäkologische Krebsfrüherkennung (w, >20 J, jährlich)
- Mammographiescreening (w, >50 J, alle 2 Jahre)
- Urologische Krebsfrüherkennung (m, >45 J, jährlich)
- Dermatologisches Screening (> 35 J, alle 2 Jahre)
- Zahnärztliche Untersuchung / Erhebung Zahnstatus (jährlich)
  
- Aktualisierung Impfstatus gemäß Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch Institutes, insbesondere gegen Hepatitis B; diese Empfehlung gilt auch für enge Kontaktpersonen

### **Fakultative Untersuchungen, Indikationsstellung entsprechend der klinischen Situation**

- HNO-Status
- Augenhintergrund-Status (insbesondere bei arterielle Hypertonie)

Raum für Notizen

## ERKLÄRUNG DES PATIENTEN/DER PATIENTIN

Ich wurde durch Herrn/Frau Dr. med. ....  
über die geplante Nierentransplantation informiert.

### **Insbesondere wurde ich auf folgendes hingewiesen:**

- Nicht jede transplantierte Niere funktioniert.
- Das Sterberisiko nach einer Nierentransplantation liegt im ersten Jahr zwischen 4% und 6%.
- Die Transplantation ist ein relativ großer Eingriff mit erhöhtem Thrombose- und Embolierisiko. Bei schwierigen Operationsverhältnissen kann es zu einer Verletzung des Darmes sowie des Samenstranges kommen. Daneben ist eine Schädigung der Beinnerven möglich.
- Die Transplantation erfordert eine konsequente Nachbehandlung. Es müssen auf Dauer Medikamente eingenommen werden, die die körpereigene Abwehr vermindern, damit die übertragene Niere nicht abgestoßen wird. Diese Medikamente können insbesondere als Nebenwirkung eine erhöhte Gefährdung durch Infektionen, insbesondere Virusinfektionen und Pneumonien, sowie Blutungen aus dem Verdauungstrakt bewirken. Infolge der Medikation kann es zu einer Beeinträchtigung des Zuckerstoffwechsels und Knochenveränderungen kommen. Ferner besteht eine vermehrte Gefährdung für Herzinfarkte; die Entstehung von Tumoren kann begünstigt werden. Eine Zunahme der Körperbehaarung, sowie Zahnfleischwucherung wird in unterschiedlicher Ausprägung beobachtet.
- Nach jeder Nierentransplantation kann es zu einer so genannten Abstoßungsreaktion mit Fieber, Blutdruckanstieg und schlechtem Allgemeinbefinden kommen. Ich muss damit rechnen, dass bei einer anhaltenden Abstoßungsreaktion die Niere wieder entfernt werden muss.

Mir ist klar, dass es nicht möglich ist, eine komplikationslose Behandlung zu versprechen. Ich bin in Kenntnis dieser Situation bereit, die Transplantation durchführen und mich hierzu zu jeder Tages- und Nachtzeit abrufen zu lassen.

Ich wünsche die Einleitung aller notwendigen Maßnahmen zur Vorbereitung einer Nierentransplantation. Dazu gehört auch die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten einschließlich Gewebetypisierung etc. an EUROTRANSPLANT oder andere Organisationen, die sich mit der wissenschaftlichen Auswertung der Ergebnisse von Nierentransplantationen beschäftigen.

Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, insbesondere wurde mir der technische Ablauf der Transplantation einschließlich Vor- und Nachbehandlung dargestellt.

.....  
Unterschrift des Patienten/der Patientin

.....  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort: .....

Datum: .....