

TRANSPLANTATIONSZENTRUM
Organisationszentrale
Chirurgische Universitätsklinik
Hugstetter Straße 55

79106 Freiburg i. Br.

ANMELDUNG ZUR TRANSPLANTATIONSVORBEREITUNG

NAME Vorname:

Geburtsname: Geb.-Datum:

männlich weiblich Telefon:

Dialysezentrum: **Telefon:**

Renale Grunderkrankung:

Diagnose: bekannt seit:
Nierenbiopsie Eigenniere: ja nein bitte Originalbefund beilegen!

Dialyse: ja nein **Beginn:** Tag / Monat / Jahr HD CAPD

Wochentage Dialyse: Mo Die Mi Do Fr Sa

Vor-Tx: Datum:

Diabetes mellitus: Typ 1 Typ 2

Blutgruppe: A B AB 0 unbekannt

Anmeldung für: NTX PTX

Lebendspender*in vorhanden ja nein wenn ja, verwandt?

Gewicht: **Größe:** **BMI:**

Aktueller Dialysebrief mit Labor und Medikamentenliste

Kardiologische VE: (KHK, Herzinsuffizienz): ja nein **(bitte Letzte Befunde beilegen)**

pAVK: ja nein wenn ja, Vorbefunde inklusiv Nativ-CT (Becken-Bein)

Tumorerkrankung: ja nein (bitte Nachsorgebefunde beifügen)

ADPKD **Bildgebung MRT oder CT** Datum:

Bemerkungen:

Wird vom Transplantationszentrum ausgefüllt!

Pat. nicht transplantabel: **Stationäre Leistungsuntersuchung:**

Genetische Diagnostik: ja nein **Nephrektomie:** ja nein

.....

Datum

.....

Unterschrift Arzt Transplantationszentrum