**Anmeldeformular zur Aufnahme auf die**

**Nieren- / Nieren-Pankreas-Transplantationswarteliste**

Nierentransplantationsprogramm der UK Würzburg

ZIM, Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg

Tel (0931) 201-39305 Fax (0931) 201-639 305 nierentx@ukw.de

Personalien

Name, Vorname:       geb.am:

Adresse:

Telefon privat:       dienstlich:       Handy:

Nächste Angehörige:       Telefon:

Krankenkasse:       Versicherter:       Privat?

Mitglieds-Nr.:       VK-Nr.:

Dialysezentrum:

Betreuender Dialysearzt:       Telefon:

Telefax:

Nephrologische Anamnese

Grunderkrankung:

Verlauf / Komplikationen / Biopsien:

Tag der 1. Dialyse:       Verfahren:

HD-Tage:       Gefäßzugang:

CAPD-System:       Regime:

Komplikationen:       Exit / Tunnelinfekte:

Derzeitige medikamentöse Therapie:

Transfusionen: gesamt:    zuletzt:

Vorherige Transplantationen (Datum/Zentrum/Seite/Immunsuppression/Tx-Nephrektomie?):

Nephrektomie der Eigennieren (re. / li. / bds., Datum):

Restausscheidung:­       ml

Komplikationen der Dialysebehandlung:

Art. Hypertonie:

aktuelles RR-Verhalten:

Sonstige Anamnese

KHK (Erstdiagnose; Coro? Ergebnis?):

Kardiomyopathie:  Perikarditis:

pAVK:

Diabetes mellitus: (Erstdiagnose; insulinpflichtig seit, Spät-Sy)

Hepatitis:       Leberbiopsieergebnis:

Ulkusanamnese:       Cholezysto- / docholithiasis:

Pankreatitis:       Divertikulitis/-ose:

Abdominelle Operationen (Art, Datum):

Andere Operationen (Art, Datum):

Fettstoffwechselstörung:  Gicht:

Renale Osteopathie:  Neuropathie:

Retinopathie:  Psychosen, cerebrale Krampfanfälle:

Hämatologische Komplikationen:  Chronische Infektionen:

Gynäkologische Anamnese:

Schwangerschaften / Aborte:

Anmerkungen / Sonstiges:

Allergien (z.B. Antibiotika, Kontrastmittel):

Impfungen (z.B. Hepatitis) und Erfolg:

Besonderheiten in der Familienanamnese:

Besondere urologische Anamnese

Spezielle urologische Probleme (Miktions- und Stuhlverhalten, rezidiv. Infekte?, Reflux? Lithiasis? Blasenentleerungsstörungen?):

Soziale und psychische Anamnese

Erlernter Beruf:       Ausgeübter Beruf:

Berentet seit:       Rehabilitationsgrad:

Compliance:

Alkoholkonsum / Menge:       Nikotinabusus / pack-yrs:

Klinischer Untersuchungsbefund vom:

Körpergröße:       Trockengewicht:

Kopf:

Hals:

Pulmo:

Cor:

Abdomen *(Hernien ?)*:

Nierenlager, Harnleiterverlauf, Blasenregion, Genitale:

Rektale Untersuchung:

Skelettstatus und Extremitäten:

Gefäßstatus *(einschl. Fistel)*:

Nervensystem:

Haut:

Andere Befunde:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Arzt

(Stempel der Einrichtung)