

## Fragebogen vor Abklärung eines Lebendnierenspenders, Nierentransplantationsprogramm Würzburg

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: M  W

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt (mit Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Möglicher Empfänger / -in: \_\_\_\_\_

Beziehung zwischen Spender /-in und Empfänger /-in :

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Vorgesetzte informiert ? ja  nein

### Nierentransplantations- Programm der UK Würzburg

nierentx@ukw.de

[www.transplantationszentrum.ukw.de/  
nierentransplantation.html](http://www.transplantationszentrum.ukw.de/nierentransplantation.html)

Tel: (0931) 201 - 39 305

Fax: (0931) 201 - 639 305

### SCHWERPUNKT NEPHROLOGIE

Leiter: Prof. Dr. C. Wanner

Tel: (0931) 201 - 39 300

(0931) 201 - 39 030

Fax: (0931) 201 - 639 300

Wanner\_C@klinik.uni-wuerzburg.de

Station Schönlein:

Tel: (0931) 201 - 43 200

Transplantationseinheit:

Tel: (0931) 201 - 43 214

Hämodialyse:

Tel: (0931) 201 - 43 700

CAPD-Einheit:

Tel: (0931) 201 - 43 214

Nieren- & Hochdruckambulanz:

Tel: (0931) 201 - 39 125

Tel: (0931) 201- 0 (Zentrale)  
[www.medicin.uni-wuerzburg.de](http://www.medicin.uni-wuerzburg.de)



Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg (bitte aktuell messen und wiegen)

Haben Sie einen hohen Blutdruck ? ja  nein

Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes) ? ja  nein

Haben Sie Herzprobleme ? ja  nein

Hatten Sie bereits einen Schlaganfall ? ja  nein

Haben / hatten Sie Nierenprobleme ? ja  nein

Haben / hatten Sie urologische Probleme ? ja  nein

Haben / hatten Sie eine Infektionserkrankung ? ja  nein

Rauchen Sie / haben Sie geraucht ? ja  nein

Haben / hatten Sie eine Krebserkrankung ? ja  nein

Hatten Sie Probleme während einer Schwangerschaft ? ja  nein

Sind Sie bereits einmal operiert worden (Wann? Woran? Wo? Operative Probleme?  
Narkoseprobleme?)

---

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein (Welche? Warum? Seit wann? In welcher Dosis ?)

---

---

---

---

---

---