

Fragebogen - Niereninsuffizienz und Transplantation

Kunde

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Geschlecht	_____	Tel.	_____
Geburtsdatum	_____	eMail	_____
Kundennummer	_____	Antragsnummer	_____

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: _____ cm Gewicht: _____ kg Datum: _____
Blutdruck: _____ mmHg systolisch / _____ mmHg diastolisch Datum: _____
Raucher/Raucherin: Nein Ja Falls ja, was? _____ Anzahl/Tag? _____ E-Zigaretten: Nein Ja
Hat früher geraucht: Nein Ja Seit wann nicht mehr? _____

Ursache der Niereninsuffizienz

Datum der Diagnose: _____
 Primäre Nierenerkrankung, welche: _____
 Systemerkrankung, welche: _____
 nicht glomeruläre Krankheit glomeruläre Krankheit
Bitte den genauen Typ angeben: _____
 Typ-1-Diabetes Typ-2-Diabetes
 Sonstige Ätiologie, welche: _____

Untersuchungen

<input type="checkbox"/> Blutuntersuchung	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin	_____ µmol/l
<input type="checkbox"/> Glukose (nüchtern)	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> HbA1c	_____ %
<input type="checkbox"/> Gesamtcholesterin	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Triglyceride	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Leberenzyme:	ASAT: _____ mmol/l ALAT: _____ mmol/l
	Gamma-GT: _____ mmol/l
HIV-Test: <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/> positiv	
<input type="checkbox"/> Hämoglobin	_____ g/l
<input type="checkbox"/> Leukozyten	_____ g/l
<input type="checkbox"/> Natrium	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Kalium	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Bikarbonat	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Phosphate	_____ mmol/l
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____

IV Urographie: Nein Ja Ergebnis: _____ Datum: _____
Zystoskopie: Nein Ja Ergebnis: _____ Datum: _____
Nierenbiopsie: Nein Ja Ergebnis: _____ Datum: _____

Ergebnis der Harnanalyse

Datum:

GFR: ml/min/1.73m²

berechnet anhand: CKD-EPI MDRD
 Cockcroft-Gault-Formel

Kreatinin mmol/l

Albumin mg/l

Protein mg/l

P/K-Ratio mg/mmol

Glucose mmol/l

Hämaturie negativ +

Leukozyten negativ +

Erythrozyten / μ l

A/K-Quotient mg/mmol

++ oder mehr

++ oder mehr

/Gesichtsfeld

Urinsediment

Sonstiges

Behandlung

Medikamentös:

Nein Ja

Welche?

Dosierung?

Seit wann?

Dialyse:

Nein Ja

Beginn der Dialyse:

Komplikationen:

Nein Ja

Falls ja, welche?

Andere langfristige Behandlungen:

Nein Ja

Falls ja, welche?

Nierentransplantation:

Nein Ja

Anzahl der Transplantationen:

Datum der letzten Transplantation: (Monat/Jahr)

Falls geplant, Datum:

Lebendspende:

Nein Ja

Spenderalter zum Zeitpunkt der Transplantation:

Verwandschaft:

Nein Ja

Postoperative Entwicklung

Abstoßungsreaktionen:

Nein Ja

Datum:

Behandlung:

Anzeichen chronischer Abstoßung oder Glomerulonephritis des transplant. Organs:

Nein Ja

Datum der letzten Biopsie:

Ergebnis der letzten Biopsie:

Anmerkungen:

Schwere Infektionen oder Sepsis:

nein ja

Datum:

Komplikationen der Nierengefäße

Signifikante Stenose oder Verschluss der Nierenarterien

Sonstiges:

Behandlung:

Funktion des Transplantats

Qualität und Stabilität der Funktion:

gut suboptimal eingeschränkt stabil verbessert sich
 verschlechtert sich

Erneut erforderliche Dialyse:

nein ja

Datum:

Langfristige immunsuppressive Therapie:

nein ja

Falls ja, welche (Medikament):

Seit wann:

Nebenwirkungen der Behandlung:

Falls nein, Begründung:

Therapiecompliance:

gut schlecht

Sonstige Krankheiten:

Koronare Herzkrankheit Gefäßkomplikationen Bluthochdruck Diabetes

Sonstiges:

Weitere Kommentare

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.