

Fragebogen - Lebererkrankungen

Kunde

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Kundennummer	<input type="text"/>	Antragsnummer	<input type="text"/>

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?

Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr? E-Zigaretten: nein ja

Diagnose

Datum der Diagnose:

Diagnose:

Ursache:

Datum der letzten Konsultation:

Hepatomegalie:

- nein ja
- Ursache unbekannt
- Ursache bekannt, welche:

Fettleber:

Ursache: nein ja

Alkohol kein Alkohol (NAFLD Typen 1 und 2)

Alpha-1-Antitrypsinmangel

Morbus Wilson: asymptomatisch leicht mittelschwer schwer

Leberabszess: Anzahl der Episoden: Datum:

Hyperbilirubinämie:

nein ja

Gilbert-Syndrom Dubin-Johnson-Syndrom

Rotor-Syndrom Crigler-Najjar-Syndrom

Leichte oder symptomlose Gelbsucht: nein ja

Lebererkrankung:

- nein ja
- ohne Fibrose
- mit Fibrose (Portalbereiche, brückenbildend oder Zirrhose) leicht mittelschwer schwer
- alkoholisch
- viral: A B C D (Delta) E
- Sonstiges: _____
- akut fulminant chronisch
- toxisch, Ursache: _____
- autoimmun
- Leberkarzinom
- Sonstiges: _____

Täglicher Alkoholkonsum:

- nein ja
- Welcher Alkohol? _____ Menge pro Woche? _____ dl
- Abstinenz seit: _____

Drogenabhängigkeit:

- nein aktuell früher, wann: _____ (Monat/Jahr)
- Welche Substanzen? _____
- Letzter Konsum? _____ (Monat/Jahr)
- Welche Behandlung? _____
- Wann? _____ (Monat/Jahr)

Medikamentöse Behandlung:

- noch nie mit antiviralen Medikamenten behandelt
- HBe-Ag positiv HBe-Ag negativ HBe-Ag unbekannt
- aktuell mit antiviralen Medikamenten behandelt
- HBe-Ag positiv HBe-Ag negativ HBe-Ag unbekannt
- HBe-Ag negativ bei Behandlungsbeginn
- Serokonversion mit negativem HBe-Ag-Nachweis nach Behandlungsbeginn (zuvor positiv)
- Behandlung unterbrochen
- HBe-Ag positiv < 6 Monate > 6 Monate HBe-Ag unbekannt
- Serokonversion mit negativem HBe-Ag-Nachweis nach Behandlungsbeginn (zuvor positiv)
- immunsuppressive Therapie unterbrochen, in Vollremission, seit: _____
- durch immunsuppressive Therapie in Vollremission _____ Jahre seit Behandlungsbeginn
- Misserfolg der Therapie oder Wiederauftreten der Krankheit: nein ja
falls ja, Datum: _____
- Andere Therapien - welche _____

Chirurgische Behandlung:

- Transplantation Datum: _____
- Sklerotherapie von Speiseröhren-Krampfadern Datum: _____

Lebertransplantation / Indikation für die Transplantation: nein ja

Falls ja, Begründung:

Biologische Untersuchungen: (max. 6 Monate)

Transaminasen

ALAT/GPT:

Datum:

ASAT/GOT:

Datum:

Gamma-GT:

Datum:

Serumkonzentration AIP: mg/dl µmol/l Datum:

Alkalische Phosphatase: U/l Datum:

Albumin: g/l Datum:

Gesamt-Bilirubin: mg/dl µmol/l Datum:

Alpha-Fetoprotein: ng/ml Datum:

RNA: [iU]/ml Datum:

HCV: [iU]/ml Datum:

Viruslast des HBV: /ml

Sonstiges:

Zusätzliche Untersuchungen:

Hepato-vesikulär Ultraschall Ergebnis: Datum:

Leber-MRT Ergebnis: Datum:

Leberbiopsie Metavir-Score: Knodell-Score: Datum:

FibroTest: Ergebnis: Datum:

Fibroscan: Ergebnis: Datum:

Gallengang-MRT Ergebnis: Datum:

Sonstiges:

Biopsie durchgeführt: nein ja Ergebnis: Datum:

Komorbidität:

Chronische Koinfektion mit HCV / HDV / HIV

Hämochromatose

Diabetes mellitus

Stoffwechselstörung

Extrahepatische Manifestationen

Sklerosierende Cholangitis

Leberkarzinom bei Familienangehörigen

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.