

Checkliste Wartelisten - Rückmeldung

Patient:

Dialysepraxis:

Dialysemodus: HD Mo/Mi/Fr HD Di/Do/Sa PD Prädialyse: eGFR _____ ml/min/KOF

Restdiurese (ml):

Gewicht (kg):

MRSA/ESBL/MRGN/VRE-Besiedelung: ja nein

Anti-HBs-AK-Titer: _____ HCV-PCR (bei Hepatitis C): _____

Impfungen: _____

Klinischer Zustand: gut moderat reduziert

NYHA (I-IV): I II III IV AP-Symptomatik: ja nein

pAVK (I-IV): I II III IV

Jährliche kardiologische Verlaufskontrolle: Echo Ischämiediagnostik
(bitte Befunde beifügen)

Jährliche angiologische Verlaufskontrolle: Doppler Halsgefäße Doppler Becken-,Beingefäße
(bitte Befunde beifügen)

Medikation: ASS Clopidogrel Marcumar Sonstige _____

sHPT: ja nein letztes PTH: _____

Besonderheiten (z.B. Krankenhausaufenthalte, Transfusionen):

Der Patient wünscht weiterhin die Transplantation? ja nein

Quartalscreening an Immunologie verschickt: ja nein

Bitte rufen Sie in unserem Zentrum zurück!

Datum

Unterschrift/Stempel