

Listung zur Nierentransplantation

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

- Nierentransplantation möglich**
- Nierentransplantationslistung bereits erfolgt
- entsprechende Evaluation eingeleitet

- Der Patient lehnt eine Nierentransplantation aktuell ab.**

Datum: _____

Gründe: _____

- Nierentransplantation aktuell nicht möglich, Gründe siehe unten**

Datum: _____

- Malignom**

- Art des Malignoms: _____

- Erstdiagnose Malignom: _____

- Malignomkurativ behandelt: _____

- erneute Evaluation einer Transplantation möglich ab: _____

- Aktuell vorliegende nicht sanierte schwere Infektionen:

- Art der Infektion: _____

- Erstdiagnose: _____

- erneute Evaluation einer Transplantation möglich ab: _____

- Schwerwiegende kardiopulmonale Funktionseinschränkung mit deutlich erhöhtem OP- und Narkoserisiko:

- Art der Einschränkung: _____

- Zeitpunkt der Diagnosestellung: _____

- erneute Evaluation einer Transplantation geplant ab (ggf. nach erfolgter Revaskularisierung etc.): _____

- Sonstige medizinische Kontraindikationen

- Art der Kontraindikation: _____

- Diagnosezeitpunkt: _____

- erneute Evaluation einer Transplantation geplant ab: _____

- Rücksprache mit dem Transplantationszentrum erfolgt:

- Ja, Termin unter Tel.

- Nein

Dialysezentrum:

Arzt:

Datum

Unterschrift Arzt