

**Stammdaten – STUFE 2**

Fax 040 – 7410 – 57403 (PD E. Hoxha und PD J. Turner, UKE, Hamburg) oder an [covid@dgfn.eu](mailto:covid@dgfn.eu)

**Follow-up – Woche 2**  **oder 24**

<b>Eingabe</b>	<b>Text</b>	<b>Erklärung</b>
Patientencode	__ / ___ / ____  Beispiel: 03 / 123 / 1234  Bundesland /  Zentrumscode 123 ist das an Ihrem Zentrum vergebene Code  1234 ist die von Ihnen vergebene Patientennummer	Bitte denselben Patientencode nutzen, wie in der ersten Anmeldung. KEIN (!) Patientennamen.
Zentrum	Ansprechperson:  Adresse:  Telefonnummer:  Fax:                      Email:	Kontaktdaten für die DGfN bei Rückfragen
Datum der Einwilligung	__ / __ / ____	Tag/Monat/Jahr
Datum der Datenerhebung	__ / __ / ____	Tag/Monat/Jahr
Gewicht	___ kg	
Neue Diagnosen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja. Diagnose, seit wann (ggf. 2. Blatt): - - - - -	Welche Erkrankungen sind seit der Covid-Infektion NEU bekannt (seit wann)?  Wenn es unsicher ist, wann die Diagnose gestellt wurde, bitte die Diagnose in der Liste eingeben und entsprechend (seit UNBEKANNT) notieren.
Aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja (ggf. 2. Blatt): - - - -	Medikation zum Zeitpunkt der Erhebung

Akutes Nierenversagen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, KDIGO Stadium <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III - Definiert anhand <input type="checkbox"/> Serumkreatinin <input type="checkbox"/> Urinmenge	Nierenversagen im Rahmen der Covid-19-Erkrankung
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann __ / __ / ____	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Anderes extrakorporales Verfahren	<input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> Plasmaseparation <input type="checkbox"/> Immunadsorption <input type="checkbox"/> Andere, welche _____	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Blutdruck	____ / ____	mmHg, syst. / diastolisch
Serumkreatinin	____ mg/dl    oder    ____ µmol/L	
eGFR	____ ml/min CKD-epi, oder ____ ml/min MDRD	
Cystatin C	____ mg/dl	
Proteinurie	____ g/Tag    oder    ____ g/g Krea	
Albuminurie	____ g/Tag    oder    ____ g/g Krea	
Nierenbiopsie durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum __ / __ / ____ - Welche Nierenpathologie (Nierenpathologie, Zentrum, Stadt) _____	
Biomaterial asserviert?	<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Anderes Gewebe <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> DNA	