Anlage 7

Aufstellung Wartelisten-Patienten

Transplantationszentrum
Musterstraße 1
09090 Musterstadt

Telefon: +49 361 123 456 78
Telefax +49 361 123 456 78

E-Mail: mail@mailadresse.de

Transplantationszentrum, Musterstraße 1, 09090 Musterstadt

Dres. Müller/Meyer/Schmidt
Dialysepraxis
Waschstraße 37
00700 Dialysestetten

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

im Anhang erhalten Sie eine Liste Ihrer Patienten, die in unserem Transplantationszentrum auf der Warteliste zur Nierentransplantation bzw. zur kombinierten Nieren-Pankreas-Transplantation geführt und bei Eurotransplant gemeldet sind. Um für unsere gemeinsamen Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung und Transplantationsfähigkeit sicher stellen zu können, benötigen wir gemäß der Richtlinien zur Wartelistenpflege der BÄK eine regelmäßige Zusendung und Überprüfung der für eine Transplantation relevanten klinischen Daten.

Um den Informationsaustausch für beide Seiten zu vereinfachen, stellen wir Ihnen zu jedem Wartelistenpatienten eine Zusammenfassung mit den uns aktuell vorliegenden Wartelistendaten zur Verfügung. Sie erhalten anbei eine einfache Checkliste, die Sie bitte ausgefüllt und unterschrieben innerhalb von vier Wochen an uns faxen oder zurückschicken. Sie können auf diesen Blättern aber auch vermerken, ob es bei Ihrem Patienten in den letzten Monaten besondere klinische Vorkommnisse gab oder wenn Sie einen Rückruf durch unser Transplantationszentrum wünschen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Manfred Mustermann

Aufstellung Ihrer Wartelistenpatienten

Transplantationszentrum: Name des Zentrums

Dialysepraxis: Name der Praxis

Wartelistenübersicht vom: Datum

Im Transplantationszentrum XYZ sind am XX.YY.201Z folgende Patienten aus Ihrer Praxis zur Nieren- bzw. kombinierten Nieren-Pankreas-Transplantation gemeldet:

Name	Vorname	Geb.Datum	Organ	ET-Status
Mustermann	Florian	17.11.1962	Niere	T
Müller	Stefanie	01.02.1984	Niere/Pankreas	T
Schulte	Franz	12.12.1924	Niere	NT

T = als „transplantabel“ bei Eurotransplant gemeldet; NT = als „nicht transplantabel“ bei Eurotransplant gemeldet; n. gel. = nicht bei Eurotransplant gelistet

Mit diesem Schreiben erhalten Sie zudem für jeden Patienten ein Blatt, auf dem Sie bitte die von uns gemachten Angaben überprüfen und die für die korrekte Wartelistenführung benötigten Befunde angeben. Senden Sie uns bitte auch zu jedem Patienten einen aktuellen Arztbrief oder ein aktuelles Dialysedeckblatt zu.

Sie können die Unterlagen an folgende Nummer faxen: **0YYYY – YYY – ZZZZZ2**

Oder an folgende Adresse senden:

Frau Gabriele Freundlich
Transplantationsbüro/Wartelistenbüro
Geb. 007 (Altbau)
ZZZklinikum des ZZZZZZZZZ
12345 Irgendwo

Bei Rückfragen rufen Sie uns bitte unter folgender Nummer an: **0YYYY – YYY – ZZZZZ1**

Rückantwort an

Frau Gabriele Freundlich
Transplantationsbüro/Wartelistenbüro
Geb. 007 (Altbau)
ZZZklinikum des ZZZZZZZZZ
12345 Irgendwo

Patient

Name:	Mustermann
Vorname:	Florian
Geb.-Datum:	17.11.1962
Organ:	Niere
ET-Status:	T

Folgende Informationen sind im Transplantationszentrum für o. g. Patienten hinterlegt:

Er ist bei ET als **<Dringlichkeit>** im **<ET-Programm>** gemeldet. Der Tag der ersten Dialyse ist der <Tag der ersten D. Bei ET sind ansonsten **<Besonderheiten>** hinterlegt. Der Patient möchte **<extendet allocation-Wunsch>** Organe im Rahmen eines erweiterten Allokations-Prozesses oder eines kompetitiven Allokations-Prozesses erhalten.

Gewicht aktuell (Dialyseendgewicht)	kg					
Aktuelles Dialyseverfahren	☐ HD	☐ PD	☐ Präemptiv: eGFR ml/min			
Klinischer Zustand	☐ gut	☐ moderat	☐ reduziert			
Halten Sie den Patienten für transplantabel?	☐ **ja**	☐ **nein**				
NYHA I-IV	☐ keine	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	
pAVK I-IV	☐ keine	☐ I	☐ II	☐ III	☐ IV	
AP-Symptomatik	☐ keine	☐ stabil				
Datum der letzten kardialen Ischämiediagnostik		(Befund beilegen)	☐ liegt nicht vor			
Datum der letzten Echokardiographie		(Befund beilegen)	☐ liegt nicht vor			
Datum der letzten Abdomen-Sonographie		(Befund beilegen)	☐ liegt nicht vor			
Datum des letzten Gefäßstatus		(Befund beilegen)	☐ liegt nicht vor			
Aktueller anti-HBs-AK Titer		Datum:				
Medikamente	ASS	☐ ja	☐ nein			
	Clopidogrel	☐ ja	☐ nein			
	Marcumar	☐ ja	☐ nein			
	NOAK	☐ ja	☐ nein			
EK oder TK-Transfusion in den letzten 6 Mon.?	☐ ja	☐ nein	Datum:			
Krankenhausaufenthalt in den letzten 6 Mon.?	☐ ja	☐ nein	(ggf. Arztbrief beilegen)			
Bemerkungen/Rückruf gewünscht						
Stempel der Praxis und Name des behandelnden Dialyse-Arztes		Datum und Unterschrift				