

Ergänzungsbogen LSP Evaluation

Evaluation einer Nierenlebenspende * diese Seite komplett ausfüllen.

Terminvergabe erst nach Erhalt der Unterlagen möglich

Relevante Vorerkrankungen: kardiovaskulär, Tumore, Infektionskrankheiten, Nierenerkrankungen, Nierensteine

Potentieller Nierenlebenspender:

Name: _____ Vorname: _____

Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Beziehung zum Empfänger: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Kopien der Originalbefunde dringend mitsenden:

- Labordaten: -S-Kreatinin - eGFR (CKD-EPI) - nüchtern BZ (> 100 mg/dl dann bitte OGTT) HbA1C

- Urin: - U-Status/ U- Sediment - Protein/Kreatinin Ratio (mg/g Krea)

- 24h RR Messung (kompletter Befund)

- aktueller Arztbrief mit relevanten Vorerkrankungen, Medikation und Allergien

Empfängerdaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Ihr Ansprechpartner für die Lebendspendekoordination:

Medizinische Hochschule Hannover
Lebendspende – OE 1124
Katrin Brösel & Susann Schumann
Carl- Neuberg- Strasse 1
30625 Hannover

Faxnummer: 0511 532 3106
E-Mailadresse: Lebendspende@mh-hannover.de
Telefonnummer : 0511-532-9327 / 6303

Datum

(Stempel der Dialyseeinrichtung)

Name des Arztes (Bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Arztes