

**BITTE BEACHTEN**

Dieser **Überleitungsbogen** dient dem ärztlichen Informationsaustausch und sollte vom CF-Behandler/-in ausgefüllt werden

**Name** **Vorname** **Geburtsdatum**

Geschlecht  weiblich  männlich

Adresse

Telefonnummer (Festnetz + mobil)

Hauptdiagnose, Nebendiagnosen:	ED

Genetik:		Pankreas:	PI / PS
----------	--	-----------	---------

**Pulmonale Situation**

Letzte FEV1% v.Soll (Datum)	
FEV1% v.Soll vor 1 J. (Datum)	
FEV1% v.Soll vor 2 J. (Datum)	
O2 nachts seit (Flussrate)	O2 tagsüber seit (Flussrate):
pCO2 erstmals >45 mmHg	
Aktueller pO2 (Datum)	
Aktuelles pCO2 (Datum)	
NIV Therapie	Ja seit: <span style="float:right">Nein</span>
Voroperation/Pleurodese	Ja OP-Datum: <span style="margin-left: 50px;">OP-Ort:</span> <span style="float:right">Nein</span>
Hämoptyse	Ja/nein
Hämoptoe	Ja/nein
Embolisation	Ja/nein

**Chronische Infektion /Keimbesiedelung**

Pseudomonas aerug.	Erstnachweis: <span style="float:right">dauerhaft nachweisbar seit:</span>
Staph. aureus	regelmäßig / intermitt. / vereinzelt / nie
Mykobakterien	Ja / nein / nicht bekannt
Aspergillus	regelmäßig / intermitt. / vereinzelt / nie
Scedosporium sp.	Ja / nein / nicht bekannt
Burkholderia-Komplex	Ja / nein / nicht bekannt <span style="float:right">ggf: Genomovar:</span>
andere Keime:	

### Antimikrobielle Therapien

Inhalativ	Womit:	seit wann:
i.v. antibiot. Therapie	Wann erstmals:	seit wann regelmäßig:
Orale antibiotische Tx	Welche:	seit wann:
Azithromycin	Seit	

### IV-antibiotische Therapien der letzten 12 Monate

Datum	Dauer (Tage)	Medikamente	Exazerbation (ja/nein)	bei Exazerbation: Symptomatik (Fieber, CRP...)?

### Diabetes mellitus

ED:	insulinpflichtig seit:
Letzter OGTT:	Befund: (entfällt bei IDDM)
Letzter HbA1c:	

### Ernährungssituation (Perzentilen bitte mitschicken)

Gewicht (kg):	Größe (cm):	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	am:
PEG (nein/ja/seit:)			

### Krankengymnastik und Sport

KG professionell	Häufigkeit/Woche:
Autogene Drainage zuhause	Häufigkeit/Woche:
Besonderheiten	
Sport (mind. 2x Woche)	Ja/nein
Körperliche Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung <input type="checkbox"/> mehr als 4 Etagen <input type="checkbox"/> 4 Etagen
	<input type="checkbox"/> 3 Etagen <input type="checkbox"/> 2 Etagen <input type="checkbox"/> 1 Etage <input type="checkbox"/> keine Etage oder nur wenige Stufen

**Adhärenz: Ihre Einschätzung bzgl. der regelmäßigen Durchführung der**

p.o.-Medikation	
Inhalation	
Professioneller KG	
Häuslicher KG	
Sondenernährung	
O2-Applikation	

**Sonstiges / Komplikationen**

Hinweise auf	
ABPA?	nein / ja: bisherige/aktuelle Therapie, letztes IgE:
Nierenfunktionsstörungen?	nein / ja, wegen:
Kreatinin	µmol/l Datum:
Cystatin C	mg/l Datum:
Leberfunktionsstörungen?	nein / ja, wegen:
Leberzirrhose?	nein /ja
Ösophagusvarizen?	nein /ja
Pulmonale Hypertonie?	nein / ja (Echobefund/Rechtsherzkatheter bitte separat)
Psychosoziale Störungen?	nein / ja (bitte separate Stellungnahme)
Andere Organstörungen?	

**Weitere Befunde / Unterlagen**

Letztes Rö.-Thorax am:		Bitte CD-ROM beifügen
Letztes CT-Thorax am:		Bitte CD-ROM beifügen
Letzte Sonografie Abdomen am:		Bitte Befund beifügen
Reha-Maßnahmen, zuletzt am:		
Ort letzte Reha:		Bitte Reha-Bericht beifügen

## Epikrise

Bitte kurze stichpunktartige Epikrise mit relevanten „Meilensteinen“ des Krankheitsverlaufes u. deren Therapie (oder separaten Bericht beifügen)

### Checkliste: zusätzliche Unterlagen

- Lungenfunktionsbefunde der letzten 2 Jahre + BGA arteriell/kapillar
- BMI (Länge, Gewicht)
- Röntgen-/CT-Bilder auf CD-ROM
- Letzter Arzt- und Rehab.-Bericht mit aktueller Medikation
- Kopie Original-Genetikbefund (für die Neu-/Weiterverordnung von CFTR-Modulatoren unabdingbar!), Schweißtestbefunde

### Ihre Kontaktdaten:

Ambulanz, Adresse	
Ansprechpartner	
Tel. (bitte Durchwahl)	
E-Mail	
beste Erreichbarkeit (z.B. Wochentag)	

Bitte schicken Sie diesen Erhebungsbogen und die zusätzlichen Unterlagen (s.o.) an:

**Christiane-Herzog-Zentrum für Mukoviszidose**  
**z.H. Prof. Dr.med. Felix C. Ringshausen**  
**Klinik für Pneumologie und Infektiologie**  
**Medizinische Hochschule Hannover (MHH)**  
**OE 6870, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland**

### Anfragen betreffend Lungentransplantation schicken Sie bitte direkt an:

Lungentransplantationsambulanz  
z.H. Prof. Dr. med. Jens Gottlieb  
Klinik für Pneumologie  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
OE 6870, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland