



Medizinische Hochschule Hannover

MHH – OE 6710 -
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

**Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und
Neonatologie
Prof. Dr. med. Gesine Hansen, Direktorin**

Sekretariat der Direktorin: Claudia Welge
Phone: 0511 532-9138
Fax: 0511 532-9125
E-mail: Hansen.Office@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Telefon: 0511 532-3220 (Information)
www.Kinderheilkunde1-MHH.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Sie haben eine Lungentransplantationsevaluation für Ihren Patienten bei uns angefragt. Die Evaluation findet grundsätzlich im Rahmen eines ein- bis zweiwöchigen stationären Aufenthaltes statt. Wir werden einen Terminvorschlag kurzfristig nach vollständigem Erhalt der u.g. Unterlagen Ihnen und der Familie unterbreiten.

Um die Vorgeschichte Ihres Patienten möglichst umfassend, aber v.a. auch korrekt erfassen zu können bitten wir Sie um vollständige Beantwortung der folgenden Fragen. Bitte verweisen Sie nicht auf Arztbriefe, es sei denn, Sie haben eine gesonderte Epikrise für uns erstellt, bei der die Fragen adressiert werden.

Nach Rücksprache mit uns können ggf. einzelne der abgefragten Untersuchungen auch bei uns erfolgen.

Alle Terminvereinbarungen zur stationären Aufnahmen haben vorläufigen Charakter, da wir aufgrund vorrangiger Aufnahme von Notfall-Patienten bis zum Morgen des geplanten Aufnahmetages die Aufnahme Ihres Patienten ggf. absagen müssen. Daher müssen die Eltern zwingend sich am Morgen des Aufnahmetages zwischen 8:30 und 9:00 Uhr über Tel. 0511 532-3264 die Bettenverfügbarkeit bestätigen lassen.

Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten:	
Tel. Festnetz:	
Tel. mobil:	
Anschrift:	

Behandelnde Ärzte Name:	
Klinik (ggf. Stempel)	
Tel.	

Patient:

Email:	
--------	--

Hauptdiagnose, Nebendiagnosen:	ED

bei CF: Genetik:		Pankreas:	PI / PS
------------------	--	-----------	---------

Pulmonale Situation

O2 nachts seit	O2 tags seit:
pCO2 erstmals über 45 mmHg	
Aktuelles pCO2 (Datum)	

Keimbesiedelung:

Pseudomonas aerug.	Erstnachweis: dauerhaft nachweisbar seit:
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 ggf: Genomovar:
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

Patient:

iv.-antibiotische Therapien der letzten 12 Monate

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

Diabetes

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

Ernährungssituation (Perzentilen bitte mitschicken)

Gewicht:	Länge:	am:
PEG (nein/ja/seit:)		

Krankengymnastik

KG professionell	Häufigkeit/Woche:
Autogene Drainage zuhause	Häufigkeit/Woche:
Besonderheiten	
Name und Anschrift oder Tel.Nr. der KG	

Compliance: Ihre Einschätzung bzgl. der regelmäßigen Durchführung der

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

Patient:

Wahrnehmen von Terminen	
-------------------------	--

Weitere Befunde / Unterlagen

Letztes CT-Thorax am		bitte Bilder auf CD beifügen
Reha-Maßnahmen, zuletzt		bitte Reha-Bericht beifügen

Hinweise auf	
ABPA?	nein / ja: bisherige/aktuelle Therapie, letztes IgE:
Nierenfunktionsstörungen?	nein / ja, wegen:
Leberfunktionsstörungen?	nein / ja, wegen:
pulmonale Hypertonie?	nein / ja, Echobefund/Katheter bitte separat
psychosoziale Störungen?	nein / ja (bitte separate Stellungnahme)
andere Organstörungen?	

Soziales:

Familiäre Situation: wer lebt in der Familie (Geschwister, Eltern, Stiefeltern)	
Hinweise auf familiäre Konflikte	o nein / ja: (ggf. separate Stellungnahme)
<u>Compliance</u> : Wahrnehmen von Terminen, Einfordern von Rezepten, Melden bei Problemen, Hinweise für Medikamenten-Incompliance	

Patient:

bei nicht-deutschen Staatsangehörigen: Staatsangehörigkeit(en), Aufenthaltsstatus aller Familienangehörigen, evtl. Sprachbarrieren	
--	--

Epikrise

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

Checkliste Unterlagen

- Epikrise mit med. Historie unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsdynamik in den letzten 2 Jahren
- Arztberichte der letzten zwei Jahre sowie aktueller Arztbrief mit der aktuellen Medikation
- Bildgebung auf CD (Nativ-Röntgen, CT-Thorax)
- Spirometrie, Bodyplethysmographie-Befunde (Kurvenausdrucke) der letzten 2 Jahre
- aktueller 6-Minuten-Gehtest, ggf. Vorbefunde
- repräsentative mikrobiologische Befunde der letzten zwei Jahre
- aktuelles Labor inkl. Leber-/Nierenretentionsparametern, Entzündungswerten
- aktuelle Blutgasanalyse
- Perzentilen
- Rehabilitationsmaßnahme erfolgt:
 - ja > bitte Reha-Bericht beifügen
 - nein

Patient:

Bitte einsenden an:

Medizinische Hochschule Hannover

Päd. Pneumologie, OE 6710

Zu Händen Dr. C. Müller, Lungentransplantationsambulanz

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Tel: 0511 532 3220 (Pforte Kinderklinik), Fax: 0511 532 9474

Email für Rückfragen: mueller.carsten@mh-hannover.de; Carlens.julia@mh-hannover.de (Cc)

Herzlichen Dank für die gute Zusammenarbeit!

Ihr Kinder-Lungentransplantationsteam der Medizinischen Hochschule Hannover.