



## Vorabklärung für Lebendnierenspende

### Potentieller Spender

NAME, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. (privat) \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. (Geschäft) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Beziehung/Verwandschaft zum Empfänger \_\_\_\_\_  
Blutgruppe *Spender* \_\_\_\_\_

### Nierenempfänger

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Blutgruppe *Empfänger* \_\_\_\_\_

### Allgemeine persönliche Anamnese des Spenders (relevante Vorerkrankungen, operative Eingriffe)

- Geburtsgewicht des Spenders: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Renale Anamnese

- Familiäre Nephropathien  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Miktionsstörungen  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Urinabnormitäten  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Nephrolithiasis  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Zystitiden/Pyelonephritiden  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Hypertonie  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Chron. Schmerzmittelkonsum  ja: \_\_\_\_\_  nein

### Systemanamnese

- Reduziertes Allgemeinbefinden  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Dyspnoe  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Thoraxschmerzen  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Claudicatio  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Gastrointestinale Beschwerden  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Medikamente  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Nikotin  ja: \_\_\_\_\_  nein
- Allergien  ja: \_\_\_\_\_  nein

### Soziales

- Beruf, Arbeitsfähigkeit \_\_\_\_\_
- Familiensituation, Kinder \_\_\_\_\_



### Status

AZ: \_\_\_\_\_ ; EZ: \_\_\_\_\_ ; Grösse: \_\_\_\_\_ cm; Gewicht: \_\_\_\_\_ kg; BMI: \_\_\_\_\_; Bauchumfang: \_\_\_\_\_ cm  
 BD links sitzend: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg; BD rechts sitzend: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg; Puls: \_\_\_\_\_ /min

*Herz-Kreislauf:* normal akzentuierte Herztöne  keine Extratöne  keine Geräusche   
 Pulsstatus normal   
 Pathologische Befunde:

*Lunge:* Eupnoe  Normaler Klopfeschall  Vesikuläratmen   
 Pathologische Befunde:

*Abdomen:* Weich, indolent  keine Hepatomegalie  Nierenlogen frei, indolent   
 normale Darmgeräusche   
 Pathologische Befunde:

*Varia:* Keine palpablen Lymphknoten  Haut o.B.  Gelenke kursorisch o.B.   
 Pathologische Befunde:

### Labor

#### ▪ Hämatologie

Hämoglobin \_\_\_\_\_  
 Leukozyten \_\_\_\_\_  
 Thrombozyten \_\_\_\_\_

#### ▪ Chemie

Natrium \_\_\_\_\_  
 Kalium \_\_\_\_\_  
 Kreatinin \_\_\_\_\_  
 Harnstoff \_\_\_\_\_  
 Glucose \_\_\_\_\_

#### ▪ Urinstatus

spez. Gew. \_\_\_\_\_  
 pH \_\_\_\_\_  
 Nitrit \_\_\_\_\_  
 Protein \_\_\_\_\_  
 Glukose \_\_\_\_\_  
 Keton \_\_\_\_\_  
 Mikroalbuminurie  ja  nein \_\_\_\_\_  
 Erythrozyten \_\_\_\_\_  
 Leukozyten \_\_\_\_\_  
 Sediment \_\_\_\_\_

### Ultraschall Nieren/Blase

	Rechte Niere		Linke Niere	
Länge und Breite		cm		cm
Parenchyembreite		cm		cm
Parenchymstruktur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht normal
Raumforderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zysten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Pyelonreflex	<input type="checkbox"/> kompakt	<input type="checkbox"/> dilatiert	<input type="checkbox"/> kompakt	<input type="checkbox"/> dilatiert
Blase				
Kommentar				

Untersucher:

Unterschrift:

Datum:

**Dieses Formular zusammen mit den Unterlagen des Empfängers an folgende Adresse senden an:**  
 UniversitätsSpital Zürich, **Lebendspendekoordination, Martina Neff, OST-U-57**  
 Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie Rämistrasse 100, CH-8091 Zürich;  
 Tel: +41-44-255 30 20, Fax:+41-44-255 40 20; Email:lebendspende@usz.ch