

Patientenanfrage Leberzirrhose Innere Medizin IV



Liebe Patientinnen und Patienten,
zur zügigen Bearbeitung Ihrer Anfrage bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Erkrankung. Zur besseren Lesbarkeit bitten wir Sie, das Formular wenn möglich am PC auszufüllen. Bitte schicken Sie es inkl. aller medizinischen Vorbefunde (Arztbriefe, Medikamentenplan) an gastro.ambulanz@med.uni-heidelberg
Betreff: Patientenanfrage Leberzirrhose oder per Fax an 06221/56-5255.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Hausarzt: _____ Gastroenterologe: _____

MELD Score (um den MELD-Score zu berechnen, nutzen Sie folgende [Internetseite](#): _____ Größe/Gewicht: _____

Ursache der Leberzirrhose:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkoholische Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> NASH/Fettleberhepatitis (Steatosis hepatis) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Primär biliäre Cholangitis (PBC) | <input type="checkbox"/> Hämochromatose |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Morbus Wilson |
| | <input type="checkbox"/> Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) |

Sonstiges: _____

Möchten Sie sich gerne eine Zweitmeinung bzgl. einer möglichen Lebertransplantation einholen?

Ja Nein

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit unter folgenden Symptomen?

Ikterus (Gelbsucht) Ja Nein

Pruritus (Juckreiz) Ja Nein

Hepatische Enzephalopathie Ja Nein

Aszites (Bauchwasser) und/oder Ödeme Ja Nein

Musste in der Vergangenheit bereits Bauchwasser punktiert werden (Aszitespunktion)? Ja Nein, wenn ja, wie oft _____

Krampfadern der Speiseröhre und/oder im Magen (Varizen) Ja Nein

Hatten Sie schonmal eine Blutung aus den Krampfadern der Speiseröhre? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung?

ja nein wenn ja, welche _____

Wie mobil sind Sie im Alltag?

nur im Rollstuhl mobil

nur mit Rollator mobil

nur auf kurzen (< 500 m), ebenen Strecken mobil

keine Einschränkung bei der Mobilität im Alltag

Um Ihre Anfrage bearbeiten zu können, bitten wir Sie folgende Unterlagen einzureichen:

alle Arztberichte

aktuelle Laborwerte (nicht älter als 3 Monate). Die Laborwerte sollten mindestens folgende Werte umfassen: Blutbild, Bilirubinwert, Quick/INR-Wert, Kreatininwert, Transaminasen (GOT/GPT)

Medikamentenplan