

Hepatologische Sprechstunde

Formular für Zuweiser

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Datum/ Kürzel:

bitte ergänzen Sie die Angaben, sodass wir Ihnen eine schnelle Einschätzung geben und die Vorstellung adäquat planen können.

PatientIn:

Spricht der Patient deutsch?

Versicherung: ☐ privat ☐ nur stationär privat ☐ gesetzlich

Nachname:

**Falls nicht, bitte einen Dolmetscher
zum Termin mitbringen!!!!**

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Zuweiser:

Name:

Telefonnummer:

Faxnummer:

Bitte Formular ausgefüllt und mit Vorbefunden an uns zurückfaxen unter 0941/944-7073 oder per KIM inneremed1@ukr.kim.telematik.de. Vielen Dank.

Zuweisungsgrund (bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen):

Warum soll der Patient/die Patientin in unsere Sprechstunde kommen?

☐ erhöhte Leberwerte seit _____

☐ Größe: _____ cm; ☐ Gewicht: _____ kg → BMI: _____ kg/m²

Letzte bekannte Laborwerte:

GOT: _____ U/l; GPT: _____ U/l; gGT: _____ U/l; AP _____ U/l; Bilirubin: _____ mg/dl

☐ Leberzirrhose Child Pugh ☐ A ☐ B ☐ C

Kreatinin: _____ mg/dl; INR: _____ → MELD: _____

Genese:

☐ äthyltoxisch, ☐ aktiv konsumierend, ☐ Z.n. Abusus; letzter Alkoholkonsum: _____.20__

☐ Suchtberatung erfolgt; ☐ ETG-Wert negativ

☐ metabolic dysfunction associated steatotic liver disease (MASLD) bei Steatosis hepatis

☐ Autoimmunhepatitis ☐ PBC ☐ PSC

☐ Hepatitis B; ☐ Hepatitis C; ☐ Therapie erfolgt

☐ _____

Komplikationen: → ☐ Vorstellung zur Evaluation einer Lebertransplantation

☐ Aszites; ☐ Therapierefraktär → ☐ Vorstellung zur TIPSS-Evaluation

☐ Ösophagusvarizen Grad ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV; ☐ Fundusvarizen; ☐ Ligaturversagen;

☐ Z.n. Varizenblutung 20__

☐ Z.n. spontanbakterieller Peritonitis 20__

☐ Z.n. hepatischer Enzephalopathie

☐ Hepatozelluläres Karzinom: Anzahl der Herde: _____; Größter Herd: _____ cm

→ ☐ innerhalb Milan-Kriterien

(Bildgebung bitte übermitteln)

Ggf. Voruntersuchungen (bitte ankreuzen, falls bereits bestimmt und Wert ergänzen, falls pathologisch:

☐ Ferritin: ☐ Transferrinsättigung: ☐ Coeruloplasmin: ☐ Alpha1-Antitrypsin: ☐ IgG: ☐ IgG4: ☐ IgA: ☐ IgM: ☐ ANA (IFT): ☐ Antikörper gegen Glatte Muskulatur/Aktin/SMA (IFT): ☐ Antikörper gegen Leber-Nieren-Mikrosomen/Anti-LKM-1 (IFT): ☐ Anti-SLA/LP Autoantikörper (ELISA oder WB): ☐ Antimitochondriale Autoantikörper/AMA (IFT): ☐ pANCA (IFT): ☐ Transglutaminase-AK:	☐ HBsAg: _____ anti-HBc: _____ ☐ Anti-HCV: ☐ Anti-HAV-IgM: ☐ Anti-HEV-IgM/IgG: ☐ HSV1/2-PCR: ☐ VZV-PCR: ☐ CMV-PCR: ☐ EBV-PCR: ☐ HHV 6-PCR: ☐ Adenovirus-PCR: ☐ Parvovirus B19-PCR:
☐ Sonographie: ☐ Steatohepatitis ☐ Budd-Chiari-Syndrom ☐ maligne Infiltration ☐ Choledocholithiasis ☐ MRT Leber mit MRCP (Bilder bitte an unser Haus überspielen lassen)	☐ Leberbiopsie

Termin:

____.____.202__ um ____:____ Uhr

☐ in der Lebersprechstunde (B2, EG, Leitstelle Innere Medizin I)

☐ in der Lebersprechstunde ASV (B2, EG, Leitstelle Innere Medizin I)

Bitte Unterlagen und Überweisungsschein nach §116b mitbringen.

☐ in der Lebertransplantationssprechstunde (B2, EG, Leitstelle Innere Medizin I)

Bitte Unterlagen und Überweisungsschein nach §116b mitbringen.