**01**

ÖSTERREICH

(Stempel: Dialysezentrum / Station)

# OEDTR FRAGEBOGEN

**OEDTR-nummer:**

**Eurotransplant-NR(ET):**

**Familienname:** (ohne Titel)

**Vers.nummer:**

**Vorname:**

**Geburtsname:**

**Geburtsland:** siehe Codeliste: Österreich=AT

**Geburtsdatum:** **(M/W):** **PLZ (Wohnort):**

**Ren. Grundleiden:** kodiert: Freier Text

**PRD2011:**

**Komorbidität (ALLE Pat)** **Beginn:** **Kontrolle:**

Datum:

- **a. Diabetes mellitus**
- **b. Hochdruck**
- **c. Herzerkrankung**
- **d. Neoplasien**
- **e. chron Leber-KH**
- **f. vaskulär**
- **g. COPD**
- **Amputation untereExtr:**
- **Größe (cm):**
- **Gewicht (kg):** ,

**BITTE: 0 eintragen, wenn unzutreffend!**

DM: 0=kein DM, 1=Typ-1, 2=Typ-2, 3=sek DM 4=unspezifisch

HOCHDRUCK: Anzahl der Substanzklassen

HERZ-KH: 1=KHKdokumentiert 2=MCI/inst AP 3=Herzinsuff, 4=andere, 0=KEINE

NEOPLASIE: 0=keine, 1=solider Tumor, 2=andere TU

LEBER-KH:. 0=keine, 1=alkohol, 2= viral, 3=andere/Kombination

GEFÄß-KH: 0=keine, 1=cer/vask, 2=peripher

COPD: 0=keine, 1= COPD

Amputation: 0= keine, 1= minor Amp 2= major Amp

## Pat erstmals in chron NET? Ja: Nein:

**Behandlungscode:**

UU Therapie unbekannt
A1 HD im Spital (Zentrums-HD)
A2 HD im Zentrum (NICHT-Spital)
A3 HD zu Hause
A4-6 HF (analog A1-3)
A7-9 HDF(analog A1-3)
B1 CAPD B2 CCPD/APD
B3 IPD im Spital B4 IPD zu Hause
B5 Ascitesdrainage B6 single over night
C1 TPL-Leichenniere
C2 TPL-Zwilling
C3 TPL-lebend von Verwandten
C4 TPL-lebend NICHT blutsverwandt
C5 TPL-KOMBINATION mit and Organ
C6 TPL-KOMBINATION mit and Organ lebend
CF TP-funktion ausreichend
CX irrreversibles TPL-versagen
D Wiedereinlangung der Funktion (EIGENE Nieren)
E "lost to follow up"
K konservative Therapie (VOR einer chronNET)
MC minimal care, Therapieabbruch
XX Exitus
IN Pat kommt von anderem Zentrum
OU Pat wird verlegt

**Behandlungsart und Behandlungswechsel**

| Code: | T T | M M | J J | Zentrums-Code: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Therapie am Stichtag, "Date last seen":**

| Code: | T T | M M | J J | Zentrums-Code: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Alle Neuen Pat +K+D+TPL:

**Krea(mg%):** , **Datum:**

**Sterbedaten:**

| St-Code: | T T | M M | J J | Zentrums-Code: |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**TPNr** **Immunsuppression:** **Verlust:**

**Der/Die Unterzeichnete bestätigt mit Unterschrift, daß der(die) Patient(in) eine Einverständniserklärung unterzeichnet hat und der Datenübermittlung an das ÖDTR zustimmt.**

**Datum:**..... **Name:** ..... **Unterschrift:** .....