

## Ablauf der weiteren Evaluation zu Lungentransplantation

Sehr geehrte Damen und Herren,

in diesem Schreiben teilen wir Ihnen den weiteren Listungsablauf mit, nachdem Ihr Patient/ Ihre Patientin in der Lungentransplantationskonferenz in Phase 1 zur Lungentransplantation akzeptiert worden ist.

Der aktuelle Status Ihres Patienten/ Ihrer Patientin lautet: „**Phase 2**“.

Wir werden Ihren Patienten/ Ihre Patientin zeitnah ausführlich evaluieren um zu prüfen, ob er / sie ein Lungentransplantationskandidat ist.

Um eine zügige Evaluation in unserem Zentrum gewährleisten zu können, bitten wir Sie folgende Untersuchungen ambulant durchführen zu lassen:

### Konsile:

- Hals-Nasen-Ohren (HNO)
- Hautarzt
- Gynäkologie (nur bei Frauen erforderlich)
- Mammografie (nur bei Frauen erforderlich, bereits vorliegende Befunde dürfen nicht älter als 2 Jahre sein)
- Urologie + PSA (nur bei Männern erforderlich)
- Zahnarzt (bitte beim Arzt angeben: mit OPG)
- Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

### Untersuchungen:

- Aktuelles Blutbild (Blutabnahme beim Hausarzt)
- Aktualisierung Ihres Impfpasses (Impfungen nach Bedarf auffrischen lassen)
- Gastroskopie (mit Histologie) (wenn ambulant möglich)
- Koloskopie (mit Histologie) (wenn ambulant möglich)

### Fragebogen:

- Anamnesebogen-Fragebogen (bitte ausfüllen)

In der Anlage finden Sie eine Konsilvorlage für die ambulanten Ärzte, um einen komplikationslosen Ablauf zu gewährleisten.

Ihr Patient/ Ihre Patientin benötigt eine hausärztliche Überweisung und die beiliegenden Konsilvorlagen bei den ambulanten Terminen.

Wenn Ihr Patient/ Ihre Patientin **alle** Konsile und Untersuchungen durchgeführt hat, sollen die Kopien an die unten angegebene Adresse geschickt bzw. gefaxt werden.

Universitätsklinikum Essen  
Univ.-Prof. Dr. med. M. Kamler  
Sprecher des Lungen-TX-  
Zentrums

Leitender Arzt  
Thorakale Transplantation und  
Mechanische  
Unterstützungssysteme

Westdeutsches Herz- und  
Gefäßzentrum  
Universitätsklinikum Essen  
D-45122 Essen • Postfach  
D-45147 Essen • Hufelandstraße 55

Oberärzte

Dr. med. N. Pizanis  
PD Dr. med. A. Koch

TX-Büro  
Nicole Dißelbeck  
Fon: 0201/723-4911  
Fax: 0201/723-5471  
[htx.tx@uk-essen.de](mailto:htx.tx@uk-essen.de)

Ruhrlandklinik  
Tüschener Weg 40  
D-45239 Essen

Univ.-Prof. Dr. med. C. Aigner  
Direktor der Klinik für  
Thoraxchirurgie und thorakale  
Endoskopie  
[Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de](mailto:Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de)

Univ. Prof. Dr. med. C. Taube  
Direktor der Klinik für  
Pneumologie  
[Pneumologie@rlk.uk-essen.de](mailto:Pneumologie@rlk.uk-essen.de)

Oberärzte:  
Dr. V. Besa  
Dr. med. V. Ennekes  
Dr. med. D. Fistera

Lungentransplantationsambulanz  
Martina Föhring  
Fon: 0201/433-4520  
Fax: 0201/433-1464  
[ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de](mailto:ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de)

S4 (Termine)  
Andrea Burmann  
Fon: 0201/433-4521  
Fax: 0201/433-1999

Prä-LuTx-Koordination  
Eva Jeenel  
Fon: 0201/433-4632  
Fax: 0201/433-1406  
[Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de](mailto:Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de)

Den Fragebogen soll Ihr Patient/ Ihre Patientin bitte zur stationären Aufnahme mitbringen.

Ruhrlandklinik gGmbH  
Tüschener Weg 40  
45239 Essen  
Eva Jeenel  
LuTx-Koordinationsbüro

Oder vorab faxen an:

Faxnummer: 0201 433 1406

Telefonnummer für Rückfragen: 0201 433 4632

Nach Erhalt und Prüfung der Befunde, teilen wir Ihnen mit, wann Ihr Patient/ Ihre Patientin zur weiteren Evaluation stationär aufgenommen werden kann.

Ihr Patient/ Ihre Patientin erhält telefonisch einen Termin für die Rechtsherzkatheter und Koronarangiographie Untersuchungen. Zuvor soll eine ambulante Blutabnahme erfolgen. Ein Anschreiben für den behandelnden Arzt liegt diesem Schreiben bei und enthält klare Anweisungen, welche Werte für die Rechtsherzkatheter und Koronarangiographie Untersuchungen benötigt werden. Ohne diese Blutwerte kann die Untersuchung nicht durchgeführt werden.

Ihr Patient / Ihre Patientin soll bitte folgendes zur stationären Aufnahme mitbringen: einen Einweisungsschein des Hausarztes, die Originalbefunde der ambulanten Untersuchungen, Ihren Impfpass und den ausgefüllten Fragebogen.

Wenn Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns an – wir sind Ihnen gern behilflich. Im Anhang finden Sie zusätzlich eine Liste mit unseren zuständigen Ansprechpartnern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team des Westdeutschen Zentrums für Lungentransplantation



## Checkliste vor Lungentransplantation

### Phase II – Prüfung der Indikationskriterien

Nr	Befund
1	Letzter / Aktuellster Arztbrief
2	<b>Lungenfunktion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spirometrie oder Bodyplethysmographie</li> <li>- Transferfaktor</li> <li>- Blutgasanalysen mit O<sub>2</sub> Angaben (x5)</li> <li>- TLC</li> <li>- Evtl. Spiroergometrie (bei HLuTx)</li> </ul>
3	6 Minuten Gehstest
4	Röntgen-Thorax ( $<6$ Monate alt)
5	CT-Thorax ( $<6$ Monate alt)
6	CT-NNH (low-dose)
7	CT-Abdomen ( $<12$ Monate alt)
8	<b>Sonographie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abdomen</li> <li>- Schilddrüse</li> <li>- Doppler-/ Duplex-Carotis</li> </ul>
9	Coloskopie ( $>40.$ Lebensjahr)
10	Gastroskopie
11	Lungenperfusions-Szintigrafie ( $<2$ Jahre alt)
12	Echokardiographie
13	EKG
14	Knochendichte ( $<12$ Monate alt)
15	Rechtsherzkatheter ( $<12$ Monate alt)
16	Koronarangiographie ( $>40.$ Lebensjahr)
17	Gynäkologie (Mammographie) / Urologie
18	Dermatologie
19	HNO Konsile
20	Zahnarzt
21	Psychologisches Gutachten
22	Impfstatus
23	RLK Aufklärungsgespräch
24	UKE Aufklärungsgespräch
25	Klinische Chemie (Labor)
26	Bakteriologie (MiBi)
27	Blutgruppe
28	HLA-Antikörper
29	Serologie
30	Virologie
31	Sonstige Konsile



**Lungentransplantationsambulanz**

Martina Föhring  
Fon: 0201/433-4520  
Fax: 0201/433-1464  
[ltx.ambulanz@ruhrlandklinik.de](mailto:ltx.ambulanz@ruhrlandklinik.de)

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Prä-LuTx-Koordinatorin**

Eva Jeenel  
Fon: 0201/433-4632  
Fax: 0201/433-1406  
[ltx.ambulanz@ruhrlandklinik.de](mailto:ltx.ambulanz@ruhrlandklinik.de)

**Konsiliaruntersuchung**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dermatologie            | <input type="checkbox"/> Kolo-/ Gastroskopie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie             | <input type="checkbox"/> Mammographie        |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren        | <input type="checkbox"/> Urologie            |
| <input type="checkbox"/> Impfpass Aktualisierung | <input type="checkbox"/> Zahnarzt            |

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bitten Sie höflich um konsiliarische Untersuchung\* des Patienten bzgl. einer Lungentransplantationslistung.

---

\* Die Untersuchung findet im Rahmen der jährlichen Kontrolluntersuchungen mit Überweisung des Hausarztes statt.

---

Gibt es Abhaltungen zur Lungentransplantation:

- Ja, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich Abhaltungen  
(bitte ausführliche Beschreibung)  
Abhaltungen Beispiele: chronische Entzündung(en) / Tumorhinweis etc.
- Ja, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich **vorläufig** Abhaltungen  
(siehe Termin Wiedervorstellung)  
Abhaltungen Beispiele: akute Entzündung(en)/ sanierungspflichtiger Zahnstatus/  
Folgeimpfungen etc.
- Nein, in der aktuellen ärztlichen Beurteilung fanden sich keine Abhaltungen


Befunddatum: \_\_\_\_\_

Behandelnde(-r) Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_  
Druckschrift / Unterschrift

Wiedervorstellung:  Nein  Ja, Termin am: \_\_\_\_\_



Ruhrlandklinik gGmbH | Tüschener Weg 40 | 45239 Essen

Z. Hd. des behandelnden Arztes

## Bitte um Blutabnahme

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Ihr Patient/ Ihre Patientin hat sich in unserem Zentrum zur Lungentransplantation vorgestellt.

Für die Evaluation ist das Durchführen einer Koronarangiographie notwendig. Hierzu benötigt der Patient/ die Patientin folgende Blutwerte:

- FT3
- FT4
- TSH

Bitte faxen Sie die Laborergebnisse an folgende Faxnummer oder schicken Sie diese an die unten angegebene E-Mail Adresse:

Nicole Dißelbeck/ Sylvia Günther

Faxnummer: 0201 723 5471  
E-Mail-Adresse: [htc.tx@uk-essen.de](mailto:htc.tx@uk-essen.de)

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Lungentransplantationsteam

**Universitätsklinikum Essen**  
**Univ.-Prof. Dr. med. M. Kamler**  
**Sprecher des Lungen-TX-**  
**Zentrums**  
**Leitender Arzt**  
**Thorakale Transplantation und**  
**Mechanische**  
**Unterstützungssysteme**  
Westdeutsches Herz- und  
Gefäßzentrum  
Universitätsklinikum Essen  
D-45122 Essen • Postfach  
D-45147 Essen • Hufelandstraße 55

### Oberärzte

**Dr. med. N. Pizanis**  
**PD Dr. med. A. Koch**

**TX-Büro**  
Nicole Dißelbeck  
Fon: 0201/723-4911  
Fax: 0201/723-5471  
[htc.tx@uk-essen.de](mailto:htc.tx@uk-essen.de)

**Ruhrlandklinik**  
Tüschener Weg 40  
D-45239 Essen

**Univ.-Prof. Dr. med. C. Aigner**  
**Direktor der Klinik für**  
**Thoraxchirurgie und thorakale**  
**Endoskopie**  
[Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de](mailto:Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de)

**Univ. Prof. Dr. med. C. Taube**  
**Direktor der Klinik für**  
**Pneumologie**  
[Pneumologie@rlk.uk-essen.de](mailto:Pneumologie@rlk.uk-essen.de)

**Oberärzte:**  
**Dr. V. Besa**  
**Dr. med. V. Ennekes**  
**Dr. med. D. Fistera**

**Lungentransplantationsambulanz**  
Martina Föhring  
Fon: 0201/433-4520  
Fax: 0201/433-1464  
[ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de](mailto:ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de)

**S4 (Termine)**  
Andrea Burmann  
Fon: 0201/433-4521  
Fax: 0201/433-1999

**Prä-LuTx-Koordination**  
Eva Jeenel  
Fon: 0201/433-4632  
Fax: 0201/433-1406  
[Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de](mailto:Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de)



## Informationsblatt - Impfungen vor LuTx

**Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,**

bei Impfungen handelt es sich um eine Schutzmaßnahme gegen Infektionskrankheiten. Durch Sie soll das körpereigene Immunsystem befähigt werden, auf eine Infektion mit einem spezifischen Krankheitserreger rasch und wirksam zu reagieren, dass daraus keine oder nur eine abgeschwächte Infektionskrankheit resultiert.

**Totimpfungen** sind Impfungen, bei denen nur die Hülle eines Infektionserregers oder nur ein Teil davon geimpft wird. Sie können nie die Erkrankung hervorrufen, allerhöchstens sogenannte Impfreaktionen (Fieber, Schwellung an der Einstichstelle, allergische Reaktionen) und sind deshalb bei Personen mit geschwächtem Immunsystem genauso ungefährlich wie bei Gesunden. **Allergische Reaktionen** auf den **Impfstoff** sind jedoch möglich. Nach einer Transplantation ist die Reaktion auf die Impfung, also der Impfschutz geringer und die Impfstoffe müssen dann häufiger nachgeimpft werden. Bei einem Teil der Impfungen kann der Impfschutz durch Messung der Antikörper bestimmt werden (z.B. Hepatitis B, Hepatitis A, Pneumokokken, auch andere).

**Lebendimpfungen** sind Impfungen mit geschwächten Erregern, die sich aber bei einem Patienten mit geschwächtem Immunsystem vermehren und somit die Erkrankung hervorrufen können. Deshalb sollten diese Impfungen nach Transplantation nicht durchgeführt werden. Lebendimpfungen sind Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken.

Die Impfempfehlungen in Deutschland durch die ständige Impfkommission des Robert- Koch Institutes ( STIKO) herausgegeben und mindestens jährlich aktualisiert Diese Empfehlungen beinhalten die Impfungen die derzeit für die jeweilige Patientengruppe als sinnvoll erachtet werden.

In Abhängigkeit von der Funktionsfähigkeit des Immunsystems muss vom behandelnden Arzt erwogen werden, welche Impfungen durchgeführt werden sollen und dürfen.

Im Rahmen einer Erkrankung, die wegen der Schwere der Gesundheitsstörung Anlass zur Vorbereitung auf eine Transplantation gibt, ist das Abwehrsystem möglicherweise schon etwas geschwächt, aber in der Regel noch nicht so stark, dass Impfungen gefährlich sind. Deshalb sollten vor der Transplantation soweit möglich und nötig alle Impfungen aufgefrischt bzw. begonnen werden. Der Körper kann in dieser Phase noch einen guten Abwehrschutz bilden.

Universitätsklinikum Essen  
Univ.-Prof. Dr. med. M. Kamler  
Sprecher des Lungen-TX-  
Zentrums  
Leitender Arzt  
Thorakale Transplantation und  
Mechanische  
Unterstützungssysteme  
Westdeutsches Herz- und  
Gefäßzentrum  
Universitätsklinikum Essen  
D-45122 Essen • Postfach  
D-45147 Essen • Hufelandstraße 55

### Oberärzte

Dr. med. N. Pizanis  
PD Dr. med. A. Koch

TX-Büro  
Nicole Dißelbeck  
Fon: 0201/723-4911  
Fax: 0201/723-5471  
[htc.tx@uk-essen.de](mailto:htc.tx@uk-essen.de)

Ruhrlandklinik  
Tüschener Weg 40  
D-45239 Essen

Univ.-Prof. Dr. med. C. Aigner  
Direktor der Klinik für  
Thoraxchirurgie und thorakale  
Endoskopie  
[Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de](mailto:Thoraxchirurgie@rlk.uk-essen.de)

Univ. Prof. Dr. med. C. Taube  
Direktor der Klinik für  
Pneumologie  
[Pneumologie@rlk.uk-essen.de](mailto:Pneumologie@rlk.uk-essen.de)

Oberärzte:  
Dr. V. Besa  
Dr. med. V. Ennekes  
Dr. med. D. Fistera

Lungentransplantationsambulanz  
Martina Föhring  
Fon: 0201/433-4520  
Fax: 0201/433-1464  
[ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de](mailto:ltx.ambulanz@rlk.uk-essen.de)

S4 (Termine)  
Andrea Burmann  
Fon: 0201/433-4521  
Fax: 0201/433-1999

Prä-LuTx-Koordination  
Eva Jeenel  
Fon: 0201/433-4632  
Fax: 0201/433-1406  
[Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de](mailto:Eva.Jeenel@rlk.uk-essen.de)

In Einzelfällen besteht bereits vor einer Transplantation eine stärkere Einschränkung des Abwehrsystems (z.B. medikamentös bedingt). Hier muss ein individueller Impfplan festgelegt werden.

Generell sollten auch **enge Kontaktpersonen (v.a. Familienmitglieder)** gegen die Krankheiten geimpft sein oder werden, die für den Patienten gefährlich sind, sofern er die Krankheiten nicht natürlich durchgemacht hat. Denn sie sind wichtige Überträger der Erkrankung auf den Patienten. Dies gilt auch für die jährliche Grippeimpfung sowie für die HIB- und Pneumokokkenimpfung.

### Checkliste Impfstatus

Siehe „**Checkliste Impfstatus vor Organtransplantation**“

### Allgemeine Hinweise gemäß STIKO- Bulletin 30.07.2012:

- Teilgeimpfte: „Jede Impfung zählt“- Mindestabstand zw. letzter & vorletzter Impfung entscheidend, aber es gibt keine unzulässig großen Abstände zwischen den Impfungen
- Bei Impfungen, die nur bis zu einem bestimmten Alter empfohlen werden, wird eine Grundimmunisierung nicht fortgesetzt, wenn die zu impfende Person dieses Alter überschritten hat
- Negative Auswirkungen durch überzählige Hib- Impfdosen sind nicht zu befürchten
- Durch die altersabhängige Änderung der Impfindikationen & Einschränkung zugelassener Impfstoffe sind für Nachholimpfungen meist individuelle Impfpläne nötig
- Bevorzugung von Kombinationsimpfstoffen
- Eine mit einem bestimmten Kombinationsimpfstoff begonnene Impfserie kann mit Impfstoffen eines anderen Herstellers vervollständigt werden.
- Nachholimpfungen im Erwachsenenalter (Ungeimpfte/unklarer Impfstatus):
- 3 Dosen eines Td/Td-IPV-Kombinationsimpfstoffes ( z.B.Td-Rix/Revaxis)- Monat 0-1-6
- Für Pertussisschutz bei 1. Impfung ein Tdap/Tdap-IPV Kombinationsimpfstoff (z.B. Boostrix/Boostrix Polio)
- Td-Auffrischimpfungen alle 10 Jahre
- Nach 1970 geborene einmalig MMR Impfstoff, Frauen im gebärfähigen Alter zweimalig
- Frauen im gebärfähigen Alter und seronegative Patienten vor geplanter Organtransplantation Varizellen Impfung
- Einmal/ Jahr Influenza
- Bei Hepatitis B je nach Alter unterschiedlich dosierte Impfstoffe

[http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Impfempfehlungen_node.html)

## Allgemeine Hinweise gemäß STIKO- Bulletin 36/2014:

Änderung der Empfehlung zur Indikationsimpfung:  
(STIKO- Empfehlungen für Impfungen von Personen ab 60 Jahren und Kindern unverändert)

Neu: (bisherige Empfehlung daher obsolet:)

- 13- valente Konjugatimpfstoff (Prevenar 13) ist ab einem Alter von 6 Wochen zugelassen, ohne obere Altersgrenze (bisher <5 nicht empfohlen, neu auch Zulassung für unter 50-jährige))
- 23- valenter Konjugatimpfstoff (Pneumovax 23) ab 2 Jahren ohne obere Altersgrenze zugelassen
- Beide Impfstoffe sind zugelassen, keine Empfehlung zur Wahl des Impfstoffes (siehe STIKO Empfehlung 02/12)
- Patienten, die den 23-valenten Impfstoff bekommen haben, können nach 1 Jahr mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (einmalig) nachgeimpft werden
- Patienten, die nach 5 Jahren die Wiederholungsimpfung (bei mit 23- valentem Impfstoff geimpften) bekommen sollen, können den 13-valenten Impfstoff bekommen



## Checkliste Impfstatus vor Organtransplantation

Impfung	Impfempfehlung gemäß STIKO	Datum
Tetanus (TI)	unklarer Impfstatus/ Ungeimpfte: 3 Dosen eines Td (z.B. Td-Rix®)/Td-IPV (z.B. Revaxis®) Kombinationsimpfstoffes ( 0-1-6 Mon) Auffrischung: einmalig Tdap- Kombinationsimpfstoff z.B. Boostrix® für Pertussis Schutz	<input type="checkbox"/>
Diphtherie (TI)	unklarer Impfstatus/ Ungeimpfte: 3 Dosen eines Td (z.B. Td-Rix ®)/Td-IPV (z.B.Revaxis®) Kombinationsimpfstoffes ( 0-1-6 Mon) Auffrischung: einmalig Tdap- Kombinationsimpfstoff z.B. Boostrix® für Pertussis Schutz	<input type="checkbox"/>
Masern-Mumps-Röteln (LI)	z.B. Priorix®	<input type="checkbox"/>
Varizellen (LI)	Seronegative Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation z.B. Varivax® 2 Dosen im Abstand von 4-6 Wochen	<input type="checkbox"/>
HPV ( < 17 J.) (TI)	3 Dosen, Mon. 0,1,4, z.B. Gardasil®	<input type="checkbox"/>
Influenza 1/Jahr (TI)	Präparat mit aktueller, von der WHO empfohlenen Antigen-kombination als Standardimpfung aller Personen ab 60 Jahre sowie als Indikationsimpfung bei bestimmten Personengruppen z.B. Fluarix®	<input type="checkbox"/>
Pneumokokken (TI)	Zuerst Impfung mit Prevenar 13®, 3 Monate danach mit PPSV 23 (Pneumovax 23®) Auffrischung alle 5 Jahre mit Pneumovax 23®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HiB (TI)	1 Einzeldosis, z.B. Infanrix® ( Kombinationsimpfstoff allerdings off label da nur bis zum 5. LJ zugelassen)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A (TI)	2 Einzeldosen, z.B. kombiniert Hep. A+B z.B. Twinrix® oder Mono z.B.Havrix®	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B (TI)	3 Einzeldosen Monat 0-1-4, z.B. kombiniert Hep. A + B Twinrix® oder Mono z.B. Engerix B®	<input type="checkbox"/>
Polio (TI)	unklarer Impfstatus/ Ungeimpfte: 3 Dosen eines Td-IPVo (z.B. Revaxis®) Kombinationsimpfstoffes ( 0-1-6 Mon) Auffrischung: einmalig Tdap- Kombinationsimpfstoff z.B. Boostrix-Polio® . ( Bei erfolgter Grundimmunisierung keine Auffrischung erforderlich)	<input type="checkbox"/>
Pertussis (TI)	Einmalig Tdap- Kombinationsimpfstoff z.B. Boostrix® im Rahmen der Tetanus-Diphtherie-Polio Auffrischung	<input type="checkbox"/>

(\*: PCV13: 13 valenter Polykonjugatimpfstoff), (\*b 23 polyvalentem Polysaccharidimpfstoff),

TI = Totimpfstoff

LI = Lebendimpfstoff

## Psychologischer Anamnese-Fragebogen zur Evaluation

### 1) Persönliche Angaben

- a. **Nachname:** .....
- b. **Vorname:** .....
- c. **Geburtsdatum:** .....
- d. **Familie und Ausbildung:**

Schulische Ausbildung	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss <input type="checkbox"/> (Fach-)Abitur
Berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/> Kein Abschluss / keine Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, als _____ <input type="checkbox"/> Fachhochschule / Studium, Fachrichtung _____
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> In Ausbildung / Studium <input type="checkbox"/> Hausfrau / -mann <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt, _____ Stunden <input type="checkbox"/> Voll erwerbsfähig <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Laufendes Rentenverfahren <input type="checkbox"/> Rentner, seit _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> In Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Getrennt lebend
Häusliche Situation	<input type="checkbox"/> Allein lebend <input type="checkbox"/> Mit Partner / Familie lebend <input type="checkbox"/> In Einrichtung lebend  <input type="checkbox"/> Mietwohnung, Stockwerk _____ <input type="checkbox"/> Eigenheim / Eigentumswohnung, Stockwerk _____
Kinder	<input type="checkbox"/> Anzahl: _____ <input type="checkbox"/> Alter: _____ <input type="checkbox"/> Geschlecht: _____

- e. **Was sind Ihre Hobbies?** .....
- .....
- .....

## 2) Angaben zur Grunderkrankung

a. Wie lautet die Diagnose Ihrer Lungenerkrankung?

.....

b. Seit wann ist die Diagnose bekannt?

.....

c. Wie war der bisherige Krankheitsverlauf?

.....

.....

.....

d. Sind Sie Sauerstoffpflichtig?

- Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_  
Im Ruhezustand \_\_\_\_\_ Liter/min  
In Bewegung \_\_\_\_\_ Liter/min

e. Gibt es weitere körperliche Erkrankungen?

.....

.....

.....

f. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

.....

.....

.....

g. Wie häufig suchen Sie zu Hause einen Arzt auf?

.....

.....

h. Sind Sie schon einmal von einem Psychiater / Psychologen untersucht worden?

- Nein  
 Ja, Grund: .....

Welche unterstützenden Angebote nehmen Sie in Anspruch?

Psychotherapie

- Nein  
 Ja, seit .....

Medikamentöse Therapie:

- Nein  
 Ja, welche .....

Sonstige unterstützende Angebote

- Nein  
 Ja, welche .....

