

Bitte (wenn möglich mit Arztbrief und Medikamentenplan) per E-Mail senden an **lebersversagen@ukw.de** oder faxen an 0931 201-60-22222 und anschließend anrufen unter 0931 201-22222

Leberzentrum

Leiter Hepatologie: Prof. Dr. med. Andreas Geier

Leiter Transplantations- u. hepatobiliäre Chirurgie: Priv.-Doz. Dr. med. Johan Lock

Leiter Anästhesiologische Intensivstation: Dr. med. Daniel Röder

Übernahmeanfrage akutes Lebersversagen

Zuweiser:

ärztliche Kontaktperson: _____

Klinik: _____

Patient: Name (Initialen): _____ Alter: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Wohnort / PLZ: _____

Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (cm): _____

Telefon Betreuer: _____

Leberzirrhose: ☐ ja ☐ nein

Alkoholkonsum/-menge: _____

Letzter Alkoholkonsum: _____

Anamnese: ☐ intubiert ☐ NIV ☐ Highflow ☐ O2 _____ l/min

☐ Infektiös, Keim: _____

☐ Katecholamine, seit: _____ Dosis _____

☐ Terlipressin, seit: _____ Dosis _____

Grunderkrankung: _____

☐ Diabetes mellitus ☐ art. Hypertonie ☐ KHK

☐ hepatische Enzephalopathie, seit: _____ ☐ Ikterus, seit: _____

☐ AKI/CKD ☐ Dialyse, seit: _____

☐ Malignom: _____ Erstdiagnose: _____

☐ Hinweis auf medikamentös-toxische Schädigung Auslöser: _____

Medikamentenplan: ☐ ja ☐ nein Arztbrief: ☐ ja ☐ nein

Laborparameter:

HBs-Antigen _____ Anti-HBc _____ Anti-HCV _____

☐ Nachweis von Auto-Antikörpern? Welche: _____

Laborparameter (bitte vollständig ausfüllen!*)

Datum Labor: _____

GOT		Kreatinin	
GPT		Ferritin	
gGT		CRP	
Bilirubin		PCT	
AP		Albumin	
Quick		Kreatinin	
INR		Laktat	
Thrombozyten		art. pH	

*alternativ bitte aktuellen Laborausdruck vollständig beifügen

Bitte um ☐ Übernahme / ☐ Beratung _____