

Übernahmeanfrage akutes Leberversagen

Tel.: 0931 201-0 und hepatologischen Hintergrund anfordern

Zuweiser: Name _____ Klinik _____

Rückruf-Nr:

Name _____

Größe _____ Gewicht _____

Wohnort, PLZ _____

Leberzirrhose Ja Nein

Geburtsdatum _____

Alkoholkonsum _____

Tel/Betreuer _____

Letzter Alkoholkonsum: _____

intubiert NIV Highflow O2 _____ l/min

Infektiös Ja nein Keim _____

Katecholamine Ja nein seit _____ Dosis _____

Terlipressin Ja nein seit _____ Dosis _____

Grunderkrankung _____

Diabetes mellitus art. Hypertonie KHKO hepatische

Encephalopathie, seit _____ Ikterus, seit _____

CKD Dialyse Ja nein seit _____

Malignom _____ Erstdiagnose _____

Hinweis auf medikamentös-toxische Schädigung: Ja, Auslöser: _____ nein

Medikamentenplan Ja nein Arztbrief Ja nein

Laborparameter:

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

Immunologie durchgeführt: Ja, bisherige Befunde: _____ nein

Tabelle Laborparameter muss ausgefüllt werden!* 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