

**Dermatologische Untersuchung vor Transplantation**

Telefon: 06841/16-15857  
 Fax: 06841/16-15839

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Indikation:** Infektionsherde bzw. Malignome müssen vor Transplantation aufgrund der erforderlichen Immunsuppression saniert werden.

	Befund	Bemerkungen
Mykosen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Virale Infekte? (HPV, HSV, VZV)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bakterielle Infekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Steroid-Folgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Benigne Tumoren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Maligne Tumoren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Sonstige?		

**Weitere zwingend notwendige Behandlung vor Transplantation**

**Notwendige Kontrolle bzw. Procedere**

Datum	Praxisstempel / Unterschrift