

**Stammdaten – STUFE 2**

Fax 040 – 7410 – 57403 (PD E. Hoxha und PD J. Turner, UKE, Hamburg) oder an [covid@dgnf.eu](mailto:covid@dgnf.eu)

Eingabe	Text	Erklärung
Patientencode	__ / ___ / _____  Beispiel 03 / 123 / 1234  Berlin / Zentrumscode 123 wird bei Anfrage vergeben) /  1234 laufende Patientennummer wird im Zentrum lokal vergeben.	Die ersten 2 Ziffern beziehen sich auf das Bundesland. 00 Ausland 01 Baden-Württemberg 02 Bayern      03 Berlin 04 Brandenburg 05 Bremen 06 Hamburg    07 Hessen 08 Mecklenburg-Vorpommern 09 Niedersachsen 10 Nordrhein-Westfalen 11 Rheinland-Pfalz 12 Saarland    13 Sachsen 14 Sachsen-Anhalt 15 Schleswig-Holstein 16 Thüringen  Die 3 Ziffern beziehen sich auf das Zentrum. Diese Zentrumsnummer wird bei Anfrage vergeben  Die 4 Ziffern beziehen sich auf die laufende Patientennummer (Code)
Zentrum	Ansprechperson: Adresse: Telefonnummer: Fax:                      Email:	Kontaktdaten für die DGfN bei Rückfragen
Datum der Einwilligung	__ / __ / _____	Tag/Monat/Jahr
Geschlecht	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Geburtsjahr	_____	
Datum der Datenerhebung	__ / __ / _____	Tag/Monat/Jahr
Körpergröße	___ cm	
Gewicht	___ kg	

Andere Vor- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja. Diagnose, seit wann (ggf. 2. Blatt): - - -	Welche anderen Vorerkrankungen sind bekannt (seit wann)?
Renale Vordiagnosen	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja. Diagnose, seit wann (ggf. 2. Blatt): - -	Welche renalen Diagnosen sind vorbekannt (seit wann)?
Ambulante Medikation	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja (ggf. 2. Blatt): - -	Medikation vor Covid-19- Diagnose
Beruf		
Schwanger- schaft	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit wann (Wochen)? __	
Rauchen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wieviele Packyears? ____	
Blutdruck	___ / ___	mmHg, syst. / diastolisch
Aktuelle Medikation	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja (ggf. 2. Blatt): - - -	Medikation zum Zeitpunkt der Erhebung
CKD	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Z.n. NTX am __ / __ / ____ <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig seit: __ / __ / ____ <input type="checkbox"/> Serumkreatinin ambulant _____ mg/dl      _____ µmol/L <input type="checkbox"/> Protein- / Albuminurie ambulant _____ g/Tag      _____ g/g Krea	CKD bekannt vor Covid-19- Diagnose?  Bei nicht chronisch dialysepflichtigen Patienten, bitte ambulantes Serumkreatinin („Hauskrea“) und Proteinurie (falls bekannt) ausfüllen

Serumkreatinin	_____ mg/dl      oder      _____ µmol/L	Zum Zeitpunkt der Erhebung
eGFR	_____ ml/min CKD-epi, oder _____ ml/min MDRD	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Cystatin C	_____ mg/dl	Optional
Proteinurie	_____ g/Tag      oder      _____ g/g Krea	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Albuminurie	_____ g/Tag      oder      _____ g/g Krea	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Akutes Nierenversagen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, KDIGO Stadium <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III  - Definiert anhand <input type="checkbox"/> Serumkreatinin <input type="checkbox"/> Urinmenge	Nierenversagen im Rahmen der Covid-19-Erkrankung
Extrakorporales Verfahren (außer intermittierender Dialyse)	<input type="checkbox"/> CVVH / CVVHD / SLEDD (Genius) <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> Plasmaseparation <input type="checkbox"/> Immunadsorption <input type="checkbox"/> Andere, welche _____	Zum Zeitpunkt der Erhebung
Nierenbiopsie durchgeführt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja - Datum __ / __ / ____ - Welche Nierenpathologie (Nierenpathologie, Zentrum, Stadt) _____	
Biomaterial asserviert?	<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Anderes Gewebe <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> DNA	