

Labor-Nummer: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Studie „Identifizierung von krankheitsverursachenden Genen und Modifiern bei hereditären Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege“

<b>Patientendaten (ggf. Aufkleber)</b>	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Tel.:
Straße	
PLZ	Wohnort

Sind die Eltern blutsverwandt?

ja       nein

Verwandte mit Nierenerkrankungen?

Mutter       Schwester

Vater       Bruder

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Diagnose (bitte Befunde entsprechend beifügen)

Datum der Erstdiagnose \_\_\_\_\_(Tag)/\_\_\_\_\_(Monat)/\_\_\_\_\_(Jahr)

Diagnose \_\_\_\_\_

Molekulargenetische und zytogenetische Befunde \_\_\_\_\_

### Extrarenale und extraurogenitale Manifestationen (bitte Befunde entsprechend beifügen)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mikrozephalie             | <input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit/Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Polydaktylie          |
| <input type="checkbox"/> Vermisaplasie/-hypoplasie | <input type="checkbox"/> Augenfehlbildungen             | <input type="checkbox"/> Skelettfehlbildungen  |
| <input type="checkbox"/> Geistige Retardierung     | <input type="checkbox"/> Herzfehlbildungen              | <input type="checkbox"/> Wachstumsretardierung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____           |   |  |

### Laborbefunde bei Diagnosestellung

**Blut:**

- Serum-Kreatinin \_\_\_\_\_ mg/dl
- Serum-Harnstoff \_\_\_\_\_ mg/dl
- GFR \_\_\_\_\_ ml/min/1,73m<sup>2</sup>
- Immunserologische Auffälligkeiten

**Urin:**

- Kreatinin-Clearance \_\_\_\_\_ ml/min
- Mikrohämaturie    +    ++    +++
- Makrohämaturie
- Proteinurie (Alter) \_\_\_\_\_ g/g Kreatinin

→ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_ (Tag)/ \_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_ (Jahr)

### Ultraschall

Unauffällig  Auffällig: \_\_\_\_\_

### Nierenbiopsie (bitte Befunde entsprechend beifügen)

Wurde eine Nierenbiopsie durchgeführt?  ja  nein  
Erste Biopsie \_\_\_\_\_ (Tag)/ \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  
Zweite Biopsie \_\_\_\_\_ (Tag)/ \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 Minimal-change Nephropathie  Dünne Basalmembran-Nephropathie (TBMN)  
 Fokal segmentale Glomerulosklerose (FSGS)  Alport-Syndrom  
 Diffuse mesangiale Sklerose  Nephronophthise  
 Mesangioproliferative Glomerulonephritis  C3-Glomerulopathie  
 Ohne Befund  Sonstiger Befund: \_\_\_\_\_

### Dialyse und Nierentransplantation

Besteht Dialysepflicht?  ja  nein  
 Hämodialyse  Peritonealdialyse  
 seit: \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  seit: \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  
Wurde eine Nierentransplantation durchgeführt?  ja  nein  
Erste Transplantation \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  
Zweite Transplantation \_\_\_\_\_ (Monat)/ \_\_\_\_\_ (Jahr)  
Transplantat-Versagen aufgrund von  Rezidiv  Abstoßung  
Bestand vor Dialyse oder Transplantation eine arterielle Hypertonie?  
 ja  nein

### Anmerkungen

Wir danken Ihnen vielmals für Ihre Mühe.

Bitte füllen Sie noch folgende Zeilen aus, damit wir Sie bei Rückfragen erreichen können.

Name:

Datum:

Unterschrift:

Berufsadresse: