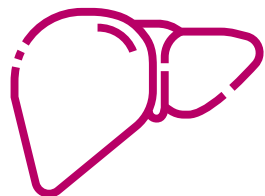




[www.transplant-wissen.de](http://www.transplant-wissen.de)



# Mein Transplantationstagebuch

Das Leben nach der Transplantation

## **Impressum**

### **Chiesi GmbH**

Gasstraße 6  
22761 Hamburg  
[www.chiesi.de](http://www.chiesi.de)

### **Beratende Unterstützung:**

MUDr. Adam Herber  
Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie  
Universitätsklinikum Leipzig AÖR  
Liebigstraße 20  
04103 Leipzig

### **Redaktion/Layout:**

KW MEDIPOINT  
Röttgener Straße 162  
53127 Bonn

# Meine Informationen

Name

Vorname

Adresse

Mein/Meine Ansprechpartner\*in

Mein Transplantationszentrum

Meine hepatologische Praxis

Datum meiner Transplantation

Tel. (Angehörige)

Tel. (Notdienst)

Allergien

# Einführung

## Liebe Patientin, lieber Patient,

nach Ihrem operativen Eingriff empfiehlt es sich, bis zu sechs Monate lang regelmäßig ein Tagebuch zu führen. Dies erleichtert Probleme mit der Spenderleber und mit der immunsuppressiven Therapie, die Abstoßungsreaktionen gegen das Transplantat unterdrücken soll, frühzeitig zu erkennen. Auch darüber hinaus ist es sinnvoll, die wichtigsten Messwerte routinemäßig ein- bis zweimal wöchentlich festzuhalten. Neben einem gesunden Lebensstil (vollwertige Ernährung, Alkohol- und Nikotinverzicht) können Sie dadurch langfristig zur Gesunderhaltung Ihrer transplantierten Leber beitragen.

In diesem Transplantationstagebuch finden Sie:

- unterstützende Hinweise zur Vorbereitung auf Ihre Kontrolltermine,
- eine Übersicht über Ihre empfohlenen regelmäßigen Arztbesuche,
- eine Medikamentenliste zum Eintragen Ihrer verordneten Medikamente und
- eine Tabelle zum Eintragen folgender Werte: Körpergewicht, Körpertemperatur, Blutdruck, Puls und Beschaffenheit von Stuhl sowie Urin. Wenn Sie an Diabetes leiden, sollten Sie außerdem den Blutzuckerwert vermerken.

## Was sollten Sie beim Führen des Tagebuchs beachten?

Zur Erfassung des Körpergewichts sollten Sie sich jeden Tag morgens zur gleichen Zeit vor dem Frühstück (nach dem Gang zur Toilette) wiegen.

Ihre Körpertemperatur sollten Sie täglich am Morgen sowie zusätzlich bei Unwohlsein in häuslicher Umgebung messen. Nehmen Sie die Messung unter dem Arm vor. Die normale Körpertemperatur liegt bei etwa 36,5°C. Bei erhöhter Körpertemperatur nehmen Sie bitte direkt Kontakt mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in oder dem Notdienst auf. Auch bei Verdacht auf unerwünschte Wirkungen Ihrer Medikamente sollten Sie sich umgehend an Ihren/Ihre Ärzt\*in wenden.

Den Blutdruck sowie Ihren Puls sollten Sie immer unter gleichen Bedingungen (z.B. im Sitzen oder im Stehen) und zur gleichen Zeit messen, um tageszeitlich bedingte Schwankungen zu vermeiden – morgens vor der Einnahme des blutdrucksenkenden Mittels bzw. zwei Stunden nach der Einnahme. Der Idealwert Ihres Blutdrucks liegt bei 120/80 mmHg. Besprechen Sie Ihre Blutdruck- und Pulswerte mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in.

Die Beschaffenheit und Farbe des Stuhlgangs und des Urins sollten regelmäßig dokumentiert werden. Heller Stuhl und eine Dunkelfärbung des Urins können Warnsignale für eine mögliche Abstoßungsreaktion sein. Die Häufigkeit der Kontrollen im späteren Verlauf besprechen Sie mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in.

## Wie können Sie sich auf einen Kontrolltermin vorbereiten?

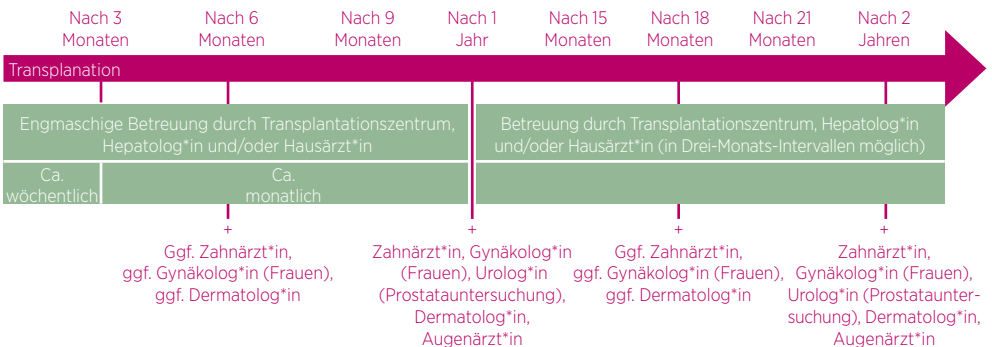
- Am Tag der Visite dürfen Sie vor der Blutabnahme eine kleine Mahlzeit zu sich nehmen. Nur nach besonderer Absprache mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in müssen Sie nüchtern zur Blutabnahme erscheinen.
- Ihre morgendliche Dosis immunsuppressiver Medikamente dürfen Sie erst nach der Blutabnahme einnehmen, damit die Konzentration der Wirkstoffe am Ende des Dosierungsintervalls (Talspiegel) ermittelt werden kann. Bei zu niedrigem Blutspiegel sind die Medikamente nicht ausreichend wirksam – bei zu hohen Blutspiegeln können vermehrt Nebenwirkungen auftreten.
- Besprechen Sie die Einnahme weiterer Medikamente mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in. (Das betrifft vor allem gerinnungshemmende und blutdrucksenkende Arzneimittel.)
- Wenn Sie unter Diabetes leiden, sollten Sie Insulin bzw. orale Antidiabetika und Ihr Blutzuckermessgerät mitnehmen.
- Packen Sie ebenfalls Ihr Transplantationstagebuch ein.
- Um einen ausreichenden Vorrat zu gewährleisten, sollten Sie die Medikamentenliste vor der Visite unbedingt aktualisieren (inklusive der noch vorhandenen Tablettenmenge). Das verschafft Ihnen die Sicherheit, dass Ihnen kein wichtiges Medikament fehlt.

## Kontrolltermine

Im Anschluss an Ihre Lebertransplantation ist eine regelmäßige ärztliche Nachsorge wichtig. Die Zusammenstellung der Medikamente und deren Blutspiegel werden genauso kontrolliert wie die Funktion des transplantierten Organs und der allgemeine Gesundheitszustand. Anfangs sind die Termine noch eng getaktet, später verlängern sich die Abstände zwischen den Kontrollterminen.

Neben den regelmäßigen Besuchen in Ihrem Lebertransplantationszentrum und der betreuenden hepatologischen Praxis und/oder Hausarztpraxis sollten auch Vorsorgeuntersuchungen bei verschiedenen Fachärzt\*innen wahrgenommen werden.

### Nachsorgetermine



\* Koloskopie bei Gastroenterolog\*in alle 5 Jahre; † Jährliche Kontrolle durch Hals-Nasen-Ohren-Ärzt\*in bei Raucher\*innen

# Meine Arztbesuche

Wenn Sie Fragen an Ihren/Ihre Ärzt\*in haben (z.B. zur Medikamenteneinnahme, zu Blutwerten, zur Ernährung, zu Reisen, zur Nachsorge o. Ä.), können Sie diese hier notieren.

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	



# Meine Arztbesuche

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

# Meine Arztbesuche

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

Datum: \_\_\_\_\_

Transplantationszentrum	<input type="checkbox"/>	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hepatology*in	<input type="checkbox"/>	
Hausärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Zahnärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gynäkolog*in	<input type="checkbox"/>	
Dermatolog*in	<input type="checkbox"/>	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	<input type="checkbox"/>	
Augenärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt*in	<input type="checkbox"/>	
Gastroenterolog*in	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	

# Meine Medikamentenliste

## Immunsuppressiva

Name des Medikaments	Dosis	Zeitpunkt der Einnahme			Datum der Dosisanpassung	Zielspiegel*
		Morgens	Mittags	Abends		

\*Zielspiegel: Angestrebter Wirkstoffspiegel im Blut, der den besten Schutz vor Transplantatabstoßung bei akzeptablem Nebenwirkungsrisiko bietet. Von Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt\*in einzutragen.













Weitere Medikamente, die täglich eingenommen werden








Name des Medikaments	Dosis	Zeitpunkt der Einnahme			Start-/Enddatum der Einnahme
		Morgens	Mittags	Abends	

Weitere Medikamente, die nicht täglich eingenommen werden

Name des Medikaments	Dosis	Zeitpunkt der Einnahme (z.B. wöchentlich, bei Bedarf)	Start-/Enddatum der Einnahme


















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			












  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			



















  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			



















  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			









  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			













  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			













  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			



















  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			













  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			












  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			













  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			























# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			












  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			













  	  	  	  








# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			















# Meine Messwerte








 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 	<input type="radio"/>  <input type="radio"/>  <input type="radio"/> 
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			



# Meine Messwerte

 Datum			
 Körpergewicht (morgens)			
 Körpertemperatur (morgens)			
 Blutdruck			
 Puls			
 Beschaffenheit und Farbe des Stuhls (normal/weich/ wässrig/hell)			
 Farbe des Urins (normal/dunkel)			
 Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)	  	  	  
 Bemerkungen/ Besonderheiten (z.B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

# Weiterführende Informationen

Auf unserer Website <https://www.transplant-wissen.de/> haben wir für Sie viele hilfreiche Hinweise und Ratschläge zusammengestellt, wie Sie Ihren Alltag aktiv gestalten können. Neben Empfehlungen zu Sport und Bewegung, Freizeit, Sexualität und Beruf finden Sie hier leckere keimarme Rezepte sowie verschiedene Broschüren zum Download.

