Chiesi

Mein Transplantationstagebuch

Das Leben nach der Transplantation

Impressum

Chiesi GmbH
Hamburg
www.chiesi.de

Beratende Unterstützung:
Dr. med. Antje Weimann/Dr. med. Anette Bachmann
Fachärztinnen für Innere Medizin/Nephrologie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Liebigstraße 20
04103 Leipzig

Redaktion/Layout:
KW MEDIPOINT GmbH
Röttgener Straße 162
53127 Bonn

Meine Informationen

Name
Vorname
Adresse
Mein/Meine Ansprechpartner*in im Transplantationszentrum
Mein Transplantationszentrum
Datum meiner Transplantation
Meine nephrologische Praxis
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. Doch auch darüber hinaus ist es sinnvoll, die wichtigsten Messwerte routinemäßig ein- bis zweimal wöchentlich festzuhalten. 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 Flüssigkeitsbilanz. Wenn Sie an Diabetes leiden, sollten Sie außerdem den Blutzuckerwert vermerken.

Wenden Sie sich bei unerwünschten Wirkungen bitte umgehend an Ihren/Ihre Ärzt*in.

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.

Den Blutdruck sowie Ihren Puls sollten Sie immer unter gleichen Bedingungen und zur gleichen Zeit messen, um tageszeitlich bedingte Schwankungen zu vermeiden – morgens vor der Einnahme des blutdrucksenkenden Mittels bzw. zwei Stunden nach der Einnahme.

Vor der Messung sollten Sie etwa fünf Minuten im Sitzen zu Ruhe kommen. Besprechen Sie Ihre idealen Blutdruck- und Pulswerte mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt*in.

Die Flüssigkeitsbilanz sollte auf der Seite der Aufnahme ungefähr bei +500 ml liegen – d. h. es sollten ca. 500 ml mehr Flüssigkeit aufgenommen werden, als durch Ausscheidung und Transpiration abgegeben wird. Die empfohlene Trinkmenge liegt in der Regel bei zwei Litern pro Tag, in Einzelfällen mehr.

Die Häufigkeit der Kontrolle von Körpergewicht, Temperatur, Blutdruck, Puls und der Flüssigkeitsbilanz im späteren Verlauf besprechen Sie mit Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt*in.

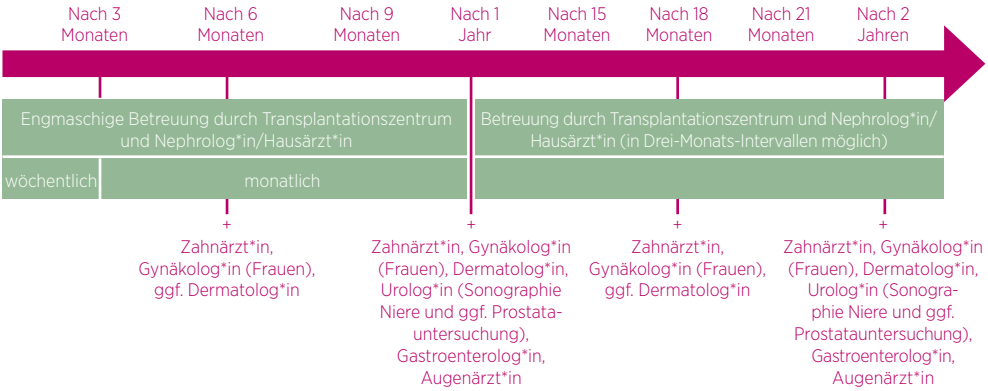
Wie können Sie sich auf einen Kontrolltermin vorbereiten?

- 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.
- 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.
- Um immer ausreichend Medikamente zur Verfügung zu haben, sollten Sie die Medikamentenliste vor der Visite unbedingt aktualisieren. Das verschafft Ihnen die Sicherheit, dass Ihnen kein wichtiges Medikament fehlt.
- **Packen Sie ebenfalls Ihr Transplantationstagebuch ein.**

Kontrolltermine

Im Anschluss an Ihre Nierentransplantation ist eine regelmäßige ärztliche Nachsorge nötig. Die Zusammenstellung der Medikamente und deren Blutspiegel werden genauso kontrolliert wie die Funktion des neuen Organs und der allgemeine Gesundheitszustand. Anfangs sind die Termine noch eng getaktet, später verlängern sich die Abstände zwischen den Kontrollterminen. Neben den regelmäßigen Besuchen des Transplantationszentrums und/oder Ihrer betreuenden nephrologischen Praxis/Hausarztpraxis sollten auch Vorsorgeuntersuchungen bei verschiedenen Fachärzt*innen wahrgenommen werden.

Nachsorgetermine#



können je nach Transplantationszentrum etwas abweichen

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	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Meine Arztbesuche

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Meine Arztbesuche

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

Datum: _____

Transplantationszentrum	☐	Fragen an den/die Ärzt*in:
Hausärzt*in	☐	
Nephrolog*in	☐	
Zahnärzt*in	☐	
Gynäkolog*in	☐	
Dermatolog*in	☐	Empfehlungen des/der Ärzt*in
Urolog*in	☐	
Gastroenterolog*in	☐	
Augenärzt*in	☐	
_____	☐	

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			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

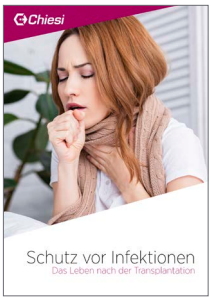
Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
Allgemeinbefinden (Bitte ankreuzen)			
Bemerkungen/ Besonderheiten (z. B. Kopfschmerzen, Blut im Urin)			

Meine Messwerte

Datum			
Körpergewicht (morgens)			
Körpertemperatur (morgens)			
Blutdruck			
Puls			
Aufgenommene Flüssigkeitsmenge (in ml)			
Urin (in ml)			
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.



Bildnachweis: © Adobe / Prostock-studio

Chiesi

www. transplant-wissen.de

0500017471 09/2025