

Fragebogen für die Ärztin/den Arzt

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____
 Sterbedatum (Tag.Monat.Jahr): __.__.__.__ zz. unbekannt* Unbekannt**

1. Akute Todesursache (optional: entsprechender ICD-10 Code dahinter schreiben):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Septischer Schock | <input type="checkbox"/> Herzversagen | <input type="checkbox"/> Atemstillstand | <input type="checkbox"/> Leberversagen |
| <input type="checkbox"/> Nierenversagen | <input type="checkbox"/> Versagen mehrerer Organe | <input type="checkbox"/> Hirnblutung | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Neurolog. Komplikationen | <input type="checkbox"/> Komplikationen bei Operation | <input type="checkbox"/> Medikamentenvergiftung | |
| <input type="checkbox"/> Krebs-Rezidiv | <input type="checkbox"/> Venenverschluss | | |
| <input type="checkbox"/> Graft-versus-host Reaktion | <input type="checkbox"/> Abstoßung des Transplantats | <input type="checkbox"/> Lymphoproliferation nach Transplantation | |
| <input type="checkbox"/> Andere: Bitte auf Englisch beschreiben: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> zz. unbekannt | <input type="checkbox"/> Unbekannt | | |

2. Zugrundeliegende Erkrankung(en), die zum Tode führte (optional: mit entsprechendem ICD-10 Code)

- Infektionskrankheit**, welche (auf Englisch)? _____
- Krebserkrankung**, welche (auf Englisch)? _____
- Fehlfunktion des Immunsystems**, welche (auf Englisch)? _____
- _____

Fehlfunktionen des Immunsystems umfassen:

Lymphoproliferation (Vergrößerung der Milz oder Leber, vergrößerte Lymphknoten, ...);
Autoimmunerkrankung: z. B. Zytopenie (verminderte Anzahl der Zellen im Blut), Schilddrüsenerkrankung, Gelenkerkrankung, Hepatitis, Vitiligo, Alopecia/Haarausfall, Diabetes;
Granulome; **chronisch-entzündliche Darmerkrankung (IBD)**; **Zöliakie** (Glutenunverträglichkeit);
Vaskulitis; **Ekzem**; **autoinflammatorische Erkrankungen**

- Komplikationen in Zusammenhang mit einer Transplantation**
- Andere**: Bitte auf Englisch beschreiben: _____
- zz. unbekannt Unbekannt

Vielen Dank für Ihre Hilfe und Mitarbeit.

Datum

Name und Unterschrift Ärztin/Arzt

** zz. unbekannt: Information kann evtl. durch weitere Recherche herausgefunden werden.
 *** Unbekannt: Information ist auch durch intensive Recherche nicht auffindbar

Version: 09.06.2021