



Nephro am See

PRAXIS UND DIALYSE

Nephro am See
nephroamsee.ch

Dialyse-Zentrum
Seestrasse 87, CH-8810 Horgen
T +41 44 208 88 11 F +41 44 208 88 12
dialyse@nephroamsee.ch

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Termin		Dialyse-Tage sind Montag - Mittwoch - Freitag	
Patient*in wünscht Feriendialyse von:		bis:	
<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend	

Patientendaten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon	Mobile:
E-Mail Adresse:	
Ferienadresse:	

Garant / Krankenkasse
Name der Versicherung:
Europäische Versicherungskarte vorhanden:
Vers. Nr.:
Kartenummer:

Ihr Dialysezentrum
Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon/Fax:
E-Mail:



ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Dialyседaten	
Dialysen pro Woche	Dauer: Std
Wochentage: Mo Di Mi Do Fr Sa	
Dialysat: Na: mmol/l K: mmol/l Ca: mmol/l Glucose: g/l	
Filter:	
<input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Fragmin <input type="checkbox"/> Clexane <input type="checkbox"/> andere	initial: stündlich:
Gefässzugang: <input type="checkbox"/> AV-Fistel <input type="checkbox"/> Graft Nadelgrösse	<input type="checkbox"/> Katheter Lokalisation: li re
Trockengewicht: Blutdruck:	<input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> tief
Blutpumpen-Geschwindigkeit	ml/min
Diagnosen/Probleme	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Dialyse seit:	
Labor	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
HBsAg: Datum: anti-HBs-Ak: Datum MRSA:	
anti-HCV: Datum: HIV Ag/Ak: Date:	
Hb: K:	
Medikamente	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.
ESA: <input type="checkbox"/> Mircera <input type="checkbox"/> Aranesp <input type="checkbox"/> anderes Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzten Verbreichung:	
Eisensubstitution: <input type="checkbox"/> Ferinject <input type="checkbox"/> Venofer <input type="checkbox"/> anderes Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzten Verbreichung:	
Spezielles:	
Datum	Arzt: