



Anmeldung zur Feriendialyse

Termin	
Patient wünscht Feriendialyse von:	bis voraussichtlich:
<input type="checkbox"/> Vormittag	<input type="checkbox"/> Nachmittag

Patientendaten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Strasse:	Postleitzahl/Ort:
Telefon:	Mobile:
Ferienadresse:	

Garant
Name:
Vers.Nr:
Kartenummer:

Ihr Dialysezentrum
Name:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
Telefon/Fax:

Anmeldung zur Feriendialyse

Name:..... Vorname: Geburtsdatum:.....

Dialyседaten	
Anzahl Dialysen pro Woche:	Dauer: Stunden
Wochentage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> 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:	
Trockengewicht:	Gewichtszunahmen: kg Blutdruck: <input type="checkbox"/> stabil <input type="checkbox"/> instabil
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: Datum:
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 Verabreichung:	
Eisensubstitution: <input type="checkbox"/> Ferinject <input type="checkbox"/> Venofer <input type="checkbox"/> anderes: Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzte Verabreichung:	
Spezielles:	
Datum:	Arzt: