

Anmeldung zur Feriendialyse

Daten des Patienten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Heim-Adresse: PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Staat: _____ Tel.Nr. _____

Fax.Nr.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse des Patienten: _____

Versicherungsnummer: _____

Adresse der Versicherung: PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax.: _____

Für die Abrechnung benötigen wir eine Kopie der Europäischen Krankenversicherungskarte

Heimat-Dialyse-Zentrum: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax.: _____

E-Mail: _____

Behandelnder Arzt: _____

Gewünschte Termine für Feriendialyse in Bregenz:

Anzahl Feriendialysen: _____ vom _____ bis _____

Wochentage: _____

Vormittag (ab 6 Uhr 30) _____ Nachmittag (ab 11 Uhr 30) _____

Abend (ab 16 Uhr 30 – nur MO/MI/FR) _____

Maximal mögliche Behandlungszeit beträgt 4 h 30/ Dialyse.

Unterkunft während des Urlaubs: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Tel.-Nr.: _____

Dialysebehandlung seit: _____

Anzahl der Dialysebehandlungen pro Woche _____ Dauer der Dialyse (in Stunden) _____

An welchen Wochentagen wird die Dialyse zu Hause durchgeführt? _____

Art der Dialysebehandlung derzeit: Zentrumsdialyse Heimdialyse Sonstige: _____

Grunderkrankung: _____

Wichtige Diagnosen: _____

Art des Dialysezugangs: Ciminoshunt Prothesenshunt Katheter

Lokalisation: _____

Gesundheitszustand des Patienten: gut mäßig schlecht

Gefähig: ja nein

Körperliche Behinderungen: _____

Welche Hilfsmittel werden benötigt? z.B. Rollstuhl _____

Restdiurese: ja nein wenn ja, geschätzte Menge: _____ ml/24 h

Besondere klinische Probleme: _____

Unverträglichkeiten: _____

Diät: _____

Medikation: _____

Medikation am Ende der Dialyse: _____

Blutdruck: prä-Dialyse _____ post-Dialyse _____

Blutdruckverhalten während der Dialyse: _____

Diabetes: ja nein

Dialyseart: HDF HD Sonstige _____

Dialysator, Type: _____ Oberfläche: _____ m²

Zusammensetzung der Spüllösung in mmol/L: Na _____, K _____, Ca _____, Mg _____
Glucose _____, Bic _____

Dialyseleitfähigkeit _____ mS

Heparinisierung : Heparin: Lovenox: Fragmin: Sonstige: _____

Initial _____ IE Kontinuierlich _____ IE pro Stunde

Abschalten der Heparin-Pumpe _____ Min. vor HD Ende _____

Kanülen: 1,5 Ø 1,6 - mm Ø Single Needle

Max. UF-Rate/h: _____ Blutflußgeschwindigkeit während der Dialyse _____ ml/Min.

Trockengewicht _____ durchschnittl. Gewichtszunahme in Dialyseintervall: _____

Blutgruppe: _____ Letzte Bluttransfusion erhalten am: _____

Laborwerte vom: (Datum) _____

Harnstoff: _____

Harnsäure: _____

Kreatinin: _____

SGOT: _____

Kalium: _____

SGPT: _____

Calcium: _____

Haemoglobin: _____

Anorg. Phosphat: _____

Haematokrit: _____

Natrium: _____

HBs-AG: _____

(Datum) _____

HCV-AK: _____

(Datum) _____

HIV-AK: _____

(Datum) _____

HIV-, HCV- und HbsAg – positive Patienten werden nicht angenommen. Der Anmeldung muss ein aktueller Befund, der nicht älter als 1 Monat ist, beigelegt werden. Im Interesse unserer Patienten bitten wir um Verständnis!

Aktueller Befund Thorax-Röntgen: _____

Aktueller Befund EKG: _____

ACHTUNG: Das ausgefüllte Anmeldeformular muss spätestens 14 Tage vor Urlaubsantritt eingelangt sein!

Datum: _____ Unterschrift / Arztstempel: _____