

FERIENDIALYSE

Angaben der abzugebenden Dialyseklinik

Nachname Vorname Geb.-Dat.:

Adresse

PLZ Ort Tel.-Nr.:

Krankenkasse/Kostenträger:

Abgebendes Dialysezentrum:

Arzt: Tel.-Nr.:

Urlaubsdialyse vom: bis: Dialyseturnus:

Dialysebehandlung seit:

NIERENGRUNDKRANKHEIT, Nebenleiden, Komplikationen:

.....

.....

.....

.....

MEDIKAMENTE:

.....

HAEMODIALYSEREGIME:

Dialysegerät: Dialysat: K Na Ca

Dialysator: Bicarbonat Kont:
 Glucose

Oberfläche: Membran:

Anzahl der Dialyse pro Woche: Dialysedauer in Stunden:

Heparin: initial: kontinuierlich: Gesamtbedarf:

Trockengewicht/Sollgewicht: Typ: Zwei nadel Punktion
 Single Needle

BLUTDRUCK: Blutdruckverhalten: stabil instabil

BLUTGRUPPE: Rh.-Faktor:

Transplantationsanmeldung: ja Nein Klinik:

Laborwerte

Datum:.....

ERy: Hb: Htk: Leuko:

GOT: GPT: GaGT: Bili:

AP: HS:

S.Kreat: BUN: P:

K: Na: Ca: Cl:

HBs-AG.: pos./neg..... Datum:

HBs-AK.: pos./neg..... Datum:

HBc-AK.: pos./neg..... Datum:

Hepatitis-B-Impf.: ja/nein Titel:

HCV-AK: pos./neg..... PCR: pos./neg. Datum:

HIV (AIDS) Test: pos./neg..... Datum:

Zusätzliche Angaben, Befunde, Allergien u. div.:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel