

Gast /Ferien Dialyse
Angabe des Behandlungszentrums

Nachname: Vorname: Geb. Datum:

Adresse:

PLZ: Ort: Tel-Nr.:

Krankenkasse / Kostenträger: Versicherungs-Nr.:

Behandlungszentrum:

Arzt: Tel-Nr.:

Dialysebehandlung seit:

Gewünschte Gast/Ferien-Dialyse vom: bis:

Nierengrundkrankheit, Nebenleiden, Komplikationen:

.....
.....
.....
.....

Medikamente:

.....
.....
.....
.....

Behandlungsregime:

Hämodialyse

Hämodiafiltration

Dialysat: K: Na: Ca: Bic: Glukose:

Dialysator:

Blutfluss: ml/min

Oberfläche: Membran:

Anzahl der Dialysen pro Woche: Dialysedauer in Stunden:

Heparin: initial: kontinuierlich: Gesamtbedarf:

Trockengewicht/Sollgewicht:

Doppelnadelpunktion

Einnadelpunktion

Katheder

Blutdruck: Blutverhalten: 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:	Bic:
K:	Na:	Ca:	Cl:

HBs-AG: pos./neg.	Datum:
HBs-AK: pos./neg.	Datum:
HBc-AK: pos./neg.	Datum:
Hepatitis-B-Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Titer:
HCV-AK: pos./neg.	Datum:
PCR: pos./neg.	Datum:
HIV (AIDS) Test: pos./neg.	Datum:
Gefährdung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Zusätzliche Angaben, Befunde, Allergien etc.

Unterkunft während des Aufenthaltes

PLZ, Ort, Straße, Tel.-Nr.:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift, Stempel