

FERIENDIALYSE

Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Stefan Künstler

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 Dialysen pro Woche: Dialysedauer in Stunden:

Heparin: initial: kontinuierlich: Gesamtbedarf:

Trockengewicht/Sollgewicht: Gewichtszunahme zw. zwei Dialysen: ca.

Gefäßanschluss, Shunt: 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 Titer:
 HCV-AK: pos./neg..... PCR: pos./neg. Datum:
 HIV (AIDS) Test: pos./neg..... Datum:

Zusätzliche Angaben, Befunde, Allergien u. div.:

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift, Stempel