

DIALYSEZENTRUM

DR. MED: JÖRG SCHNIERDA
DR. MED. CARSTEN KURTH
INNERE MEDIZIN
NEPHROLOGIE KARDIOLOGIE

TANNENSTR. 4
79761 WALDSHUT
TELEFON (07751) 9168-0
TELEFAX (07751) 9168-28

Anmeldung zur Feriendialyse

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Heimat Adresse: _____ Tel. Nr.: _____

Heimat-Dialyse-Zentrum: _____ Tel. Nr.: _____

_____ Fax Nr.: _____

Ferienadresse: _____ Tel. Nr.: _____

Erster Gastdialysetermin: _____ Letzter Gastdialysetermin: _____

Die folgenden Zeilen bitte von Ihrem Dialysezentrum ausfüllen lassen!

Dialyse seit: _____ Anzahl der Dialysen pro Woche: _____ Dauer der Dialysen : _____

Dialysator? _____

Dialysat (mmol/l) Na⁺ _____ K⁺ _____ Leitfähigkeit _____ Bikarbonat ja / nein

Heparinisierung: ? Heparin ?? Fragmin Initial _____ IE Kontinuierlich _____ IE /h

Shunt Lokalisation _____ Typ _____ Single needle ja / nein

Goretex? _____

Nadeln: 1,5 - 1,6 - 1,8 Ø _____ Blutfluß _____ ml/min

Trockengewicht: _____ Kg durchschnittl. Gewichtszunahme im Dialyseintervall: _____ Kg

Größe _____ cm

Laborwerte: (Datum) _____

Harnst.: _____ Kreatinin: _____ HKT: _____

Kalium: _____ Calcium: _____ GGT: _____

Blutgruppe: _____

HBs-AG.: _____ Anti-HCV: _____ Anti-HIV: _____

Grund- und Nebenleiden: _____

Medikamente: _____

Besonderes: _____

Allergien: _____

Datum _____ Unterschrift des Dialysearztes: _____