

DR. MED. CARSTEN KURTH
DR. MED. ROBERT FAULHABER-WALTER
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
Dialysezugang: _____ Typ: _____ Single/Doppellumen
Nadeln: 1,5 - 1,6 - 1,8 Ø: _____ Blutfluß: _____ ml/min

Diese Daten brauchen wir zu Dialysebeginn im Arztbrief

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

Besteht eine chronische Infektion ? (Hepatitis/ HIV/ MRSA/ Clostridien oder andere) ? ja/nein

Wenn ja, welche :

Bitte geben Sie aktuelle Laborwerte u. Hepatitisserologie, Blutgruppe, Informationen über Grund- und Nebenleiden, Medikamente und Allergien auf einem getrennten ärztlichen Bericht mit.

Datum: _____ Unterschrift des Dialysearztes: _____

Wir benötigen das Anmeldeformular 14 Tage vor Dialysebeginn bei uns! Bitte denken Sie unbedingt daran!

Es bedankt sich das Dialyseteam in Waldshut