



Nephro am See

PRAXIS UND DIALYSE

Nephro am See
nephroamsee.ch

Dialyse-Zentrum
Seestrasse 87, CH-8810 Horgen
T +41 44 208 88 11 F +41 44 208 88 12
dialyse@nephroamsee.ch

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Termin		Dialyse-Tage sind Montag - Mittwoch - Freitag	
Patient*in wünscht Feriendialyse von:		bis voraussichtlich:	
<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Abend	

Patientendaten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Strasse:	Postleitzahl/Ort:
Telefon:	Mobile:
Ferienadresse:	

Garant
Name:
Vers.Nr:
Kartenummer:

Ihr Dialysezentrum
Name:
Strasse:
Postleitzahl/Ort:
Telefon/Fax:



ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Name:..... Vorname: Geburtsdatum:.....

Dialysedaten	
Anzahl Dialysen pro Woche:	Dauer: Stunden
Wochentage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa	
Dialysat: Na: mmol/l K: mmol/l Ca: mmol/l Glucose: g/l	
Filter:	
<input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Fragmin <input type="checkbox"/> Clexane <input type="checkbox"/> andere: initial: stündlich:	
Gefässzugang: <input type="checkbox"/> AV-Fistel <input type="checkbox"/> Graft Nadelgrösse: <input type="checkbox"/> Katheter Lokalisation:	
Trockengewicht: Blutdruck: <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> tief	
Blutpumpen-Geschwindigkeit: ml/min	
Diagnosen/Probleme	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Dialyse seit:	
Labor	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
HBsAg: Datum: anti-HBs-Ak: Datum: MRSA:	
anti-HCV: Datum: HIV Ag/Ak: Datum:	
Hb: K:	
Medikamente	<input type="checkbox"/> siehe Anhang
1. 5.	
2. 6.	
3. 7.	
4. 8.	
ESA: <input type="checkbox"/> Mircera <input type="checkbox"/> Aranesp <input type="checkbox"/> anderes: Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzten Verabreichung:	
Eisensubstitution: <input type="checkbox"/> Ferinject <input type="checkbox"/> Venofer <input type="checkbox"/> anderes: Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzte Verabreichung:	
Spezielles:	
Datum:	Arzt: