

ANMELDUNGSFORMULAR FÜR FERIENDIALYSE

Niercentrum SPAARNE GASTHUIS
tel: +31 23 2243020
Secretariaatdialyse@spaarnegasthuis.nl



DATEN DES PATIENTEN

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Hausadresse:

Telefon:
Email Adresse :

Address Ihrer
Dialysezentrum:
Arzt:
Telefon:
E-Mail-Adresse:

Versicherung:
Versicherungsnummer:
Identitätskartennummer:

Urlaubsadresse:
Kontaktperson:
Verwandschaft:
Kontaktadresse:
Kontakttelefon:

FERIENDATEN

Erwünschte
Behandlungsperiode:
Datum erste Dialyse:
Datum letzte Dialyse:

DIALYSEPLAN

Zahl der Dialysen pro
Woche:
Zahl der Dialysestunden:

Künstliche Niere:
Zugang zum Fass:
Einnadel- oder
Zweinnadelndialyse:

Blutart:

Antigerinnung:
Prime: (EH)

2nd shot: (EH) Kontinuierlich: (EH)	
Konzentrat (Kalium, Calcium): Temp dialysaat: Bicarbinaat: Blutfluss: Dialysaatflow:	
Heutige Medikation:	
DIALYSE DATEN	
Dialyse seit:	
Heutige Probleme:	
Restfunktion:	
Diät:	
Sollgewicht: Gewichtszunahme zwischen Dialysen:	
Blutdruck vor Dialyse: Blutdruck nach Dialyse:	

Vom behandelnder Arzt auszufüllen

Name Arzt:	
Diagnose	
Vorgeschichte und derzeitige Schwierigkeiten	
CPR-Richtlinie	
HIV	Testresultat: Datum: Testresultat Als Anhang senden
Hbsag < als 1 Monat vor die erste Dialyse	Testresultat: Datum: Testresultat Als Anhang senden
Allergien	Ja ;

	Nein
--	------

Als Anhang senden:

Medicamentenliste

Actuelle Laborergebnisse

Nephrologenbrief mit Vorgeschichte

Kopie Krankenversicherungskarte mit EUROPALOGO

Kopie Identitätskarte