



### Service de Dialyse

Tél.: +352 8166-5760 / Fax: +352 8166-5769

Dr. Bauler Marcel / Dr. Boulmerka Hocine /

Dr. Henriquez Daniel / Dr. Weis Daniel /

Dr. Braconnier Philippe

Sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für Ihre Anfrage zur Feriendialyse in unserem Zentrum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Hiermit möchten wir Sie bitten den beiliegenden Fragebogen von Ihrem Dialysearzt ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Bitte legen Sie aktuelle Laborwerte sowie Screenings MRSA, MDRO, Hepatitis B/C und HIV (jeweils nicht älter als 1 Monat) und einen aktuellen Arztbrief bei.

Eine Zusage können wir Ihnen erst nach Erhalt aller Dokumente geben.

Wir können Ihnen jetzt noch nicht garantieren, dass die Behandlung an Ihren gewohnten Wochentagen beibehalten werden kann. Wir möchten Sie deshalb bitten, sich etwa 2 Wochen vor Ihrer Abreise telefonisch mit uns in Verbindung zu setzen.

Bitte vergessen Sie Ihre aktuelle EHIC und Ihren Personalausweis nicht.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

---

Name / Unterschrift des Pflegers

## FRAGEBOGEN

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Ferienanschrift \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Anschrift Ihres  
Dialysezentrums \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Datum der ersten Dialyse \_\_\_\_\_

Nephropathie \_\_\_\_\_ Restdiurese (ml) \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Shunt  ja  nein  Goretex

links  rechts  Lokalisation \_\_\_\_\_

Unipunktion  Bipunktion  Blutfluß \_\_\_\_\_ ml/min

Nadelgröße (Gauge und Länge) \_\_\_\_\_

Katheter  links  rechts  Lokalisation \_\_\_\_\_

Singlelumen  Doppellumen

Blockierung mittels (Werkstoff) \_\_\_\_\_ / A = \_\_\_\_\_ ml V = \_\_\_\_\_ ml.

Dialysedauer (h) \_\_\_\_\_

Dialysetage in Ihrem Zentrum \_\_\_\_\_  vormittags  
 nachmittags

Letzte Dialyse in Ihrem Zentrum \_\_\_\_\_

Nächste Dialyse in Ihrem Zentrum \_\_\_\_\_

Membran \_\_\_\_\_ Oberfläche \_\_\_\_\_ CUF \_\_\_\_\_  
 Dialysat : Na (mval/l) \_\_\_\_\_ K+ (mval/l) \_\_\_\_\_  
 Ca (mval/l) \_\_\_\_\_ Gluc. (mg %) \_\_\_\_\_

**Antikoagulation:**

Heparin Initialdosis \_\_\_\_\_ Erhaltungsdosis \_\_\_\_\_ U.I./h  
 Niedermolekulares Heparin \_\_\_\_\_ mg  
 Andere Antikoagulation \_\_\_\_\_

**Komplikationen während der Dialyse:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Trockengewicht \_\_\_\_\_ Gewichtszunahme \_\_\_\_\_  
 RR vor Dialyse \_\_\_\_\_ RR nach Dialyse \_\_\_\_\_  
 EKG \_\_\_\_\_ Transplantationsliste  ja  nein  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_

**Medikamente während der Dialyse:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Medikamente zu Hause:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bitte beifügen :**

- aktuelle Laborwerte
- Serologie Hep. B/C und HIV (max. 1 Monat alt)
- Screening MRSA (Nase, Mund, Leiste) (max. 1 Monat alt)
- Screening MDRO (rektaler Abstrich) (max. 1 Monat alt)
- aktueller Arztbrief
- aktuelle Medikamentenliste
- Blutgruppe
- Kopie des Personalausweises
- Kopie der EHIC