

CENTRE HOSPITALIER
DU NORD
120, Avenue Salentiny
L-9002 Ettelbruck



Dialyse

Téléphone: 8166-5760

Fax: 8166-5769

Dr. Bauler Marcel / Dr. Braconnier Philippe
Dr. Schmit Eric / Dr. Weis Daniel

Sehr geehrte Frau,
Sehr geehrter Herr,

wir danken Ihnen für Ihre Anfrage zur Feriendialyse in unserem Zentrum vom

_____ bis zum _____

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 des Pflegers

FRAGEBOGEN

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Versicherungsnr. _____

E-Mail _____

Privatanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Ferienanschrift _____

Tel. _____ Fax _____

Anschrift Ihres Dialysezentrums _____

Tel. _____ 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

☐ Blockung mittels: (Wirkstoff) _____ / A = _____ ml V = _____ ml.

Dialyse-Dauer (h) _____

☐ vormittags

Dialysetage in Ihrem Zentrum _____ ☐ nachmittags

FRAGEBOGEN

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)

FRAGEBOGEN

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
- S2 Formular (mit Ihrer Krankenkasse abzuklären)