

Internistische Gemeinschaftspraxis

Ardeystraße 105 • 58452 Witten (Ruhr) • Telefon (0 23 02) 9 14 18 11 • Telefax (0 23 02) 9 14 18 40

Angaben Ihres behandelnden Dialysearztes

Bitte lassen Sie uns diesen Bogen – von Ihrem behandelnden Dialysearzt ausgefüllt – spätestens 48 Stunden vor der ersten Behandlung in unserem Therapiezentrum per Fax zukommen. Bitte bringen Sie bei einer Urlaubsdialyse Erypo und Fragmin mit.

Herzlichen Dank!

Heimatinstitut

Name: _____ Email: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Diagnose: _____

Dauermedikation: _____

Dialysepflichtig seit: _____

Risiken

Datum der letzten Transfusion: _____

Aktuelle Hepatitis-Serologie mit HbS-Antikörper-Titer und Hepatitis C-Titer: _____

Bestimmungsdatum: _____

HIV-Test: _____ Bestimmungsdatum: _____

Impfstatus Hepatitis B

Datum 1. Impfung: _____ Datum 2. Impfung: _____ Datum 3. Impfung: _____

Datum der letzten Hepatitis B Impfung: _____

Dialyseregime

Sollgewicht: _____ Dialysetage/Woche: _____
HD-Dauer: _____ Dialysator: _____
Dialysate / Konzentrat: _____ UF-Faktor: _____
Shunt / Gefäßzugang: _____ Punktion / Nadeln: _____
Demers Katheter: _____ Portsystem: _____

Antikoagulanzen

Heparin initial i.E.: _____ i.E./Stunden: _____
Fragmin: _____

Medikation nach der Dialyse: _____

Komplikationen: _____

Besonderheiten: _____

RR – Verhalten: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum: _____ **Unterschrift** des behandelnden Arztes: _____