

<b>Dialysezentrum Isala</b>  Wir möchten Sie bitten: - uns dieses Formular mindestens 6 Wochen vor Beginn des Urlaubs des Patienten ausgefüllt zuzuschicken (per Brief, E-Mail oder Fax). - dem Patienten die letzten Dialyseergebnisse mitzugeben.	<b>Dialyseangaben</b>
<b>Vom behandelnden Arzt und der Dialyseschwester/dem Pfleger auszufüllen</b>	
<b>Für Urlaubsdialyse (aktive Dialyse) ist wünschenswert, dass:</b> - keine Komplikationen während der letzten drei Monate aufgetreten sind – Stabile Dialyse - der Gefäßzugang normal funktioniert – ATL selbstständig - es keine Hinweise für Kolonisation gibt (Hepatitis B, MRSA)	
<b>Wählen Sie bitte den Ort aus, wo Sie die Dialyse durchführen lassen möchten</b>	
<input type="checkbox"/> Zwolle <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv Postadresse: Postbus 10500 8000 GM Zwolle Telefon: +31-38-424 25 30 Fax:    +31-38-424 30 01 Email: vakantie.hotelthuisdialyse@isala.nl	<input type="checkbox"/> Meppel <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv Postadresse: Postbus 502 7940 AM Meppel Telefon: +31-52-223 42 20 Fax:    +31-52-223 42 30 Email: vakantie.hotelthuisdialyse@isala.nl
Shunt / Katheter:	
Ort:	
Desinfektionsmittel:	
Füllstoffe:	
Dialysedauer und -häufigkeit:	
Dialysemethode:	<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> HDF _____ l/h (nur im Zentrum möglich) <input type="checkbox"/> NCD (Nachtdialyse im Zentrum)
Normgewicht:	..... kg
Art der künstlichen Niere: (siehe Anlage)	<input type="checkbox"/> Polyflux 14 L <input type="checkbox"/> Polyflux 17 L <input type="checkbox"/> Polyflux 21 L <input type="checkbox"/> Polyflux 210 H (HDF nicht für die Urlaubsdialyse)
Nadeltypen: (Bitte zutreffenden Sie Durchmesser ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Stahl <input type="checkbox"/> 15 Gauge <input type="checkbox"/> 14 Gauge <input type="checkbox"/> Stahl Y-Nadel <input type="checkbox"/> Flexibel <input type="checkbox"/> 16 Gauge <input type="checkbox"/> 17 Gauge <input type="checkbox"/> 18 Gauge <input type="checkbox"/> Flexibel Y-Nadel <input type="checkbox"/> 16 Gauge <input type="checkbox"/> 17 Gauge
Als Gerinnungshemmer wird Fraxiparin verwendet. Primärdosierung:	<input type="checkbox"/> 0.3 ml : 2850 IE <input type="checkbox"/> 0.4 ml : 3800 IE <input type="checkbox"/> 0.6 ml : 5700 IE <input type="checkbox"/> anders, und zwar in ml:
Second Shot:	



- Aktuelle Untersuchungsergebnisse (d.h. nicht älter als 3 Monate)

\* Hbsag-Test

\* Hep C-Test

\* HIV-Test

\* MRSA-Test (nur für Patienten, die aus dem Ausland kommen)

Angaben zur Selbstständigkeit, Mobilität und Sehvermögen des Patienten:

Gibt es noch weitere Punkte zu beachten?

**Anlage:**

**Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich des Typs der künstlichen Nieren**

Typ der künstlichen Niere	Polyflux 14L	Polyflux 17L	Polyflux 21L	Polyflux 210H (HDF)
Firma	Gambro	Gambro	Gambro	Gambro
Membran	Polyamid	Polyamid	Polyamid	Polyamid
Sterilisation	Dampf	Dampf	Dampf	Dampf
Fläche	1.4 m <sup>2</sup>	1.7 m <sup>2</sup>	2.1 m <sup>2</sup>	2.1 m <sup>2</sup>

**Zusammensetzung der Hämodialyseflüssigkeit:**

- X 125G = K1.0 Ca 1.25
- X 225G = K2.0 Ca 1.25
- X 325G = K3.0 Ca 1.25
- X 150G = K1.0 Ca 1.50
- X 250G = K2.0 Ca 1.50
- X 275G = K2.0 Ca 1.75
- X 350G = K3.0 Ca 1.50

Behand. Nephrologe:

Unterschrift:

Datum:

Nephrologe Isala-Kliniken:

Gelesen/Unterschrift: