

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

Vom behandelnden Arzt und der Dialyseschwester/dem Pfleger auszufüllen

Für aktive Dialyse ist wünschenswert, dass:

- keine Komplikationen während der letzten drei Monate aufgetreten sind - Stabile Dialyse
- der Gefäßzugang normal funktioniert - ATL selbständig
- es keine Hinweise für Kolonisation gibt (Hepatitis B, MRSA)

Wählen Sie bitte den Ort aus, wo Sie die Dialyse durchführen lassen möchten

Zwolle

Antwoordnr. 515
8000 WB Zwolle
t (038) 424 46 32
f (038) 424 30 01
e-mail: vakantie.dialyse@isala.nl

Meppel

Postbus 502
7940 AM Meppel
t (052) 223 42 20
f (052) 223 42 30
e-mail: vakantie.dialyse@isala.nl

Shunt / Katheter:		
Punktionsstelle:		
Desinfektionsmittel:		
Füllstoff des Katheters + Menge:		
Punktionskanüle	<input type="checkbox"/> Stahl: Nipro safetouch Tulip: <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm <input type="checkbox"/> Flexibel: Nipro safetouch <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 14G 32mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm <input type="checkbox"/> 16G 25mm <input type="checkbox"/> Stumpf Fistula <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm	
Dialysemethode:	<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> HDF _____	<input type="checkbox"/> 1 Nadel <input type="checkbox"/> 2 Nadeln
Trockengewicht:	kg	
Antikoagulation is Fraxiparine 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	
Second shot:		
Maximaler Blutfluss:		
Maximales UV-Volumen:		
Bicarbonat:		
Natrium:		
UV-profil:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anfang: Ende:	
Temperatur des Dialysats:		
Blutdruck	Vor der dialyse:	Nach der dialyse:
Interdialytische Gewichtszunahme:		

- **WICHTIGER HINWEIS!** Schicken sie bitte eine kopie von die zahlungsverpflichtung von ihrem krankenversicherer mit, und eine kopie ihrer reisepass/Identitätsnachweis und von ihnen Europäische Versicherungsbescheinigung.

Seit wann wird der Patient dialysiert? Gibt es weitere Einzelheiten?:

Diät:

Allergie

Sind in den letzten 6 Monaten andere Gesundheitsproblemen aufgetreten? (bei 'ja' bitte erläutern)

- | | |
|-------------------------------|--|
| • Instabile Angina Pectoris? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Hyperkaliämie? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Schwerwiegende Infektionen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Shuntprobleme? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Operationen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| • Sontige Komplikationen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |

Vorgehensweise in Sachen Wiederbelebung : reanimieren nicht reanimieren

Im Rahmen der Patientenübergabe fordern wir die folgenden Kopien an:

- Aktuelle Medikamentenliste oder Medikamentenpass
- Laborwerte (mit Blutgruppe und Rhesusfactor) des letzten Monats
- Aktuelles EKG (d.h. nicht älter als 6 Monate)
- duplex shunt
- Aktuelle Untersuchungsergebnisse (d.h. nicht älter als 3 Monate)
 - Hbsag test
 - Hep C test
 - HIV test
 - Krankengeschichte

Angaben zur Selbstständigkeit, Mobilität und Sehvermögen des Patienten:

Gibt es noch weitere Einzelheiten zu beachten?

Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich des Typs der Dialysatoren

Typ des Dialysators	Polyflux 14L	Polyflux 17L	Polyflux 21L	Polyflux 210H (HDF)
Firma	Gambro	Gambro	Gambro	Gambro
Membrane	Polyamide	Polyamide	Polyamide	Polyamide
Sterilisation	Steam	Steam	Steam	Steam
Oberfläche	1.4 m ²	1.7 m ²	2.1 m ²	2.1 m ²

Zusammensetzung des Konzentrats

- 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:

Gelesen / Unterschrift: