

Bitte:

- übersenden Sie dieses Formular mindestens 6 Wochen vor Urlaubsantritt des Patienten (per Post oder E-Mail).
- geben Sie dem Patienten die aktuellen Dialyседaten mit.

Die Informationen sind vom behandelnden Arzt und der Dialyseschwester auszufüllen
Bitte wählen Sie den Standort aus, an dem die Dialyse durchgeführt werden soll

<input type="checkbox"/> Zwolle, Dr van Heesweg 2 8025 AB Tel.: +31 (0)88 624 46 32 E-Mail: vakantie.dialyse@isala.nl	<input type="checkbox"/> Meppel Reggersweg 2 7943 KC Tel.: +31 (0)88 624 1229 E-Mail: vakantie.dialyse@isala.nl
Zugang zu Blutgefäßen: Shunt-Typ: <input type="checkbox"/> AV-Fistel <input type="checkbox"/> AVG	Katheter: <input type="checkbox"/> getunnelt <input type="checkbox"/> ungetunnelt
Stelle:	
Desinfektionsmittel:	
Art der Nadeln Bitte richtigen Durchmesser angeben	Stahl: Nipro Safetouch Tulip: <input type="checkbox"/> 14G 25mm <input type="checkbox"/> 15G 25mm 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"/> 1 Nadel <input type="checkbox"/> 2 Nadeln
Dialysedauer und -frequenz:	
Dialyseverfahren:	<input type="checkbox"/> HD Keine HDF möglich
Trockengewicht:	kg
Verfügbares Antikoagulans ist Fraxiparin Erste Dosis:	<input type="checkbox"/> 0,3 ml: 2850 IE <input type="checkbox"/> 0,4 ml: 3800 IE <input type="checkbox"/> 0,6 ml: 5700 IE Ggf. andere Dosis Fraxiparin:
Ggf. 2. Dosis Fraxiparin:	
Typ künstliche Niere	
Art der künstlichen Niere (Polyamid)	<input type="checkbox"/> Polyflux 14L <input type="checkbox"/> Polyflux 17L <input type="checkbox"/> Polyflux 21L
Oberfläche	1,4 m ² 1,7 m ² 2,1 m ²
Zusammensetzung der Dialyseflüssigkeit:	<input type="checkbox"/> X 125G = K1.0 Ca 1.25 <input type="checkbox"/> X 250G = K2.0 Ca 1.50 <input type="checkbox"/> X 225G = K2.0 Ca 1.25 <input type="checkbox"/> X 275G = K2.0 Ca 1.75 <input type="checkbox"/> X 325G = K3.0 Ca 1.25 <input type="checkbox"/> X 350G = K3.0 Ca 1.50 <input type="checkbox"/> X 150G = K1.0 Ca 1.50
Maximaler Blutfluss:	
Maximales UF-Volumen:	
Bikarbonat:	
Natrium:	
UF-Profil	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Beginn Ende
Temperatur des Dialysats:	
Blutdruck	vor der Dialyse: nach der Dialyse:
Interdialytische Gewichtszunahme:	

Anamnese:

Transplantabel:

- ja
- nein
- derzeit nicht

Seit wann dialysiert der/die Patient:in? Gibt es noch Besonderheiten?

Diät:

Allergien:

Sind in den letzten sechs Monaten gesundheitliche Probleme aufgetreten? (wenn ja, bitte erläutern)

- | | |
|------------------------------------|--|
| • Instabile Angina pectoris? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Dekompensierte Herzinsuffizienz? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Hyperkaliämie? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Schwere Infektionen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Shunt-Komplikationen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • OPs? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| • Andere Komplikationen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |

Zustimmung zu Reanimationsmaßnahmen: Ja Nein, nicht reanimieren

Isolierungsmaßnahmen:

Wir möchten bei der Überweisung folgende Kopien erhalten:

- Arztbrief
- Verabreichung von Medikamenten während der Dialyse
- Aktueller Medikamentenplan
- Laborwerte (und Blutgruppe und Rhesus) des letzten Monats
- Aktuelles EKG (nicht älter als 6 Monate)
- Duplex-Shunt
- Aktuelle Ergebnisse (nicht älter als 3 Monate): HBsAg-Test, Hepatitis-C-Test, HIV-Test

Wie ist die Selbstständigkeit, Mobilität und Sehkraft des Patienten?

Gibt es noch andere wichtige Aspekte zu beachten?

Unterschrift des Nephrologen:

Datum:

HINWEIS! Gäste aus dem Ausland: bitte fügen Sie eine Kopie der schriftlichen Erklärung Ihrer Krankenversicherung, dass sie die Erstattung der gesamten Dialysekosten in unserem Zentrum übernimmt, sowie eine Kopie Ihres Personalausweises/Reisepasses und Ihrer Versicherungskarte bei.