

# **PERSONENDATEN**

## **A. Personendaten**

Patientenname : ..... Vorname: .....

Geburtsdatum : .....

Name Partner : .....Vorname: .....

Heimadresse

Nr. & Straße : ..... .....

Postleitzahl : ..... Stadt : .....

Land : .....

Telefon : ..... Mobiltelefon: .....

Umgangssprache : .....

## **B. Angaben Krankenkasse und/oder Versicherung**

Betroffener

Name : .....

Vorname : .....

Versicherungsnummer : .....

Krankenkasse oder Versicherungsgesellschaft

Name : .....

Tel : .....

Fax : .....

E-Mail : .....

**C. Dialysezentrum**

Name Dialysezentrum oder Krankenhaus: .....

Postleitzahl : ..... Stadt: .....

Land: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Behandelnder Arzt: .....

Aktuelles Dialyseschema: \* Montag/Mittwoch/Freitag       Vormittag

Nachmittag

\* Dienstag/Donnerstag/Samstag       Vormittag

Nachmittag

**D. Urlaubsinformationen**

Urlaubsadresse in Belgien:

Nr. & Straße: .....

Postleitzahl: ..... Stadt: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Anfangsdatum Urlaubsdialyse: ..... / ..... / .....

Enddatum Urlaubsdialyse: ..... / ..... / .....

Gewünschtes Dialyseschema im Urlaub:

\* Montag/Mittwoch/Freitag       Vormittag

Nachmittag

Abend

\* Dienstag/Donnerstag/Samstag       Vormittag

Nachmittag

Notrufnummer:

ICE 1:

Name: ..... Vorname: .....

Tel.-Nr.: ..... Handynr. ....

ICE 2:

Name: ..... Vorname: .....

Tel.-Nr.: ..... Handynr.:

.....

**E. Transport**

- Mit eigenem Transportmittel
- Mit Taxi

## MEDIZINISCHE UND DIALYSEDATEN (

1. Renale Diagnose & relevante Vorgeschichte / Komorbidität:

.....  
.....  
.....  
.....

2. Datum erste Dialyse: .....

3. Allergien:

.....  
.....

4. Wundpflege:

.....  
.....

5. Kürzliche Probleme während der Dialyse:

.....  
.....

6. Serologie und Mikrobiologie

Datum Bestimmung

- Hep B Oberflächenantigen    O Negativ    O Positiv    .....
- Hep B Oberflächenantistoffe    O Negativ    O Positiv    .....
- Hep B Core-Antistoffe    O Negativ    O Positiv    .....
- Hep C Antistoffe    O Negativ    O Positiv    .....
- HIV-Antistoffe    O Negativ    O Positiv    .....
- MRSA-Screening    O negativ

7. Blutgruppe: .....    Rh-Faktor: .....

Irreg. Antistoffe: .....

8. Therapieform                    :    O Hämodialyse                    O Hämodiafiltration

9. Dialysefrequenz + Dauer: ..... X ..... h.

10. Membrantyp                    : .....

11. Dialysatzusammensetzung: Natrium : ..... mmol/l  
 Kalium : ..... mmol/l  
 Bicarbonat : ..... mmol/l  
 Glukose : ..... mg/dl  
 Calcium : ..... mmol/l

12. Dialyseparameter:

- Zielgewicht : .....
- Gewichtszunahme zwischen 2 Dialysen: .....
- Maximale UF-Rate : ..... l oder ..... l/h
- Durchschnittlicher Blutdruck:
  - ° bei Beginn Dialyse : ..... mmHg
  - ° bei Ende Dialyse : ..... mmHg
- UF-Profiling : .....
- Nach Profiling : .....
- Geschwindigkeit arterielle Pumpe : .....ml/min
- Geschwindigkeit venöse Pumpe : .....ml/min

13. Zugangsweg:

- AV-Fistel: Typ : .....  
 Stelle: .....  
 Metallnadel     Katheternadel  
 Unipunktur     Bipunktur
  - Dialysekatheter: Typ : .....  
 Stelle: .....  
 Einfaches Lumen     Doppeltes Lumen
- Heparinschieber: Art. .... ven. ....

14. Medikation während der Dialyse:

- Antikoagulation (wir verwenden IV Enoxaparin = Clexane)
  - ° Typ : .....
  - ° Dosis & Frequenz : .....
- EPO ( wir verwenden IV Aranesp = 20 µg )
  - ° Typ : .....
  - ° Dosis & Frequenz : .....
- Eisenpräparat ( wir verwenden IV Injectafer 100 mg)
  - ° typ: .....
  - ° Dosis & Frequenz : .....
- Sonstiges:
  - ° Typ : .....
  - ° Dosis & Frequenz : .....

15. Medikamente für Zuhause:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Transplantationskandidat            O Ja            O Nein

Transplantationszentrum: .....

17. Laborergebnisse: BITTE letzte Ergebnisse als Anlage hinzufügen

18. EKG : BITTE letzte Kopie als Anlage hinzufügen

19. BITTE Aktuelles MRSA-Screening als Anlage hinzufügen