

Praxis für Nieren- und Hochdruckerkrankungen - Dialysezentrum

Dr. med. G. Lorenz FA für Innere Medizin – Nephrologie – Hypertensiologe DHL
Hr. C. Middendorf FA für Innere Medizin – Nephrologie – Rheumatologie – Hypertensiologe DHL

Engelgarten 3 - 49324 Melle - Tel.: 05422 / 104-6100 - Fax: 05422 / 104-6199 - eMail: info@Dialysezentrum-Melle.de

Anmeldung zur Gast- / Feriendialyse

Name, Vorname : _____

Anschrift : _____

Geburtsdatum : _____ Telefon : _____

Heimtdialyse : _____

Gewünschter Termin : vom _____ bis _____

Wunschschicht : ☐ Mo Mi Fr Vormittag ☐ Mo Mi Fr Nachmittag ☐ Di Do Sa Vormittag

(wenn Plätze in der entsprechenden Schicht frei sind)

Dialysedaten

Dialyseart : ☐ HD ☐ HFD ☐ HF ☐ HDF Dialysedauer : _____ Std.

Gefäßzugang : ☐ Shunt Lokalisation : _____

☐ Katheter ☐ Einlumen ☐ Doppellumen

Dialysator : _____ Blutfluss : _____

☐ Heparin ☐ Innohep ☐ andere : _____

initial _____ IE Erhaltung _____ IE Bolus : _____ IE

Konzentrat : Kalium _____ Calcium _____

Infektstatus : ☐ Hepatitisserologie (nicht älter als 6 Monate)

☐ MRSA / ESBL etc. (Nasen- Rachenabstrich nicht älter als 4 Wochen)

Den Befund der Hepatitisserologie und den Abstrichbefund bitte spätestens 14 Tage vorher übermitteln.

Mitzubringen sind

- Krankenversicherungskarte
- Überweisung der Heimtdialyse
- Kopie des letzten Dialyseprotokoll, Kopien der Laborbefunde, Arztbrief, Medikamentenplan

Vielen Dank für ihre Dialyseanmeldung. Wir werden uns zur Terminbestätigung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bitte den Bogen ausfüllen und uns zufaxen oder per Post zusenden.

Mit freundlichen Grüßen
Dialyseteam Melle