

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 : _____

Heimatdialyse : _____

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 Dialysezeit : _____ 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.

Mit zu bringen sind - Krankenversicherungskarte
- Überweisung der Heimatdialyse
- Kopie des letzten Dialyseprotokolls, 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