



PATIENT(IN): Bitte in Blockschrift und vollständig ausfüllen

Name: Vorname: Geb.Dat.:
Adresse: Tel:
Blutgruppe: Rh.-Faktor: Allergien:
Trockengewicht: kg; Durchschnittl. Gewichtszunahme zwischen zwei Dialysen kg
Blutdruck: Blutdruckverhalten: O stabil O instabil
Gefäßzugang: Shunt: li: o re: o Nadelgröße: Single Needle:
Katheter: Einlumig: o Doppellumig: o Blocker: arteriell: venös:
Blutpumpengeschwindigkeit: Blutfluß ml/min.
Dialysator: Oberfläche: HD: 0 HDF: 0
Dialysat: K Na Ca
Anzahl der Dialysen/Woche: Dialysedauer: Stunden Dialyse seit:
Antikoagulation: initial: kontinuierlich:
Antikoaguliert: ja: o nein: o Medikamentation:
Nierengrunddiagnose:
Medikamente (Bitte bringen Sie Medikamente, die an der Dialyse verabreicht werden, mit z.B. EPO-Präparate, Eisen etc.):

LABORWERTE (Nicht älter als 1 Monat!):

Table with 9 columns: Datum, Wert, (blank), Datum, Wert, WICHTIG!!, Datum, Wert. Rows include Ery/HB, Leuco, Na, K, Ca, BUN, GOT, GPT, GAGT, AP, Bili, S-Kreat., HBs-AG, HBs-AK, HBc-AK, Hepatitis -Impf., HIV/HTLV Test, HCV, HC-AK.

DIALYSEINSTITUT: Tel:
Dialysearzt: Fax:
Datum: Unterschrift/Stempel des Arztes Email:

Wir bitten auch um einen rezenten Arztbrief.