

Anmeldung von dialysepflichtigen Patienten für die Neurokliniken Waldeck

Bitte eine Kopie senden an das
kooperierende Dialysezentrum Güstrow
FAX: 03843/3459819, Telefon: 03843/345980

und an die
Fachkliniken Waldeck GmbH
FAX: 03844 / 880 508

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Nierenversagen: akut chronisch: Dialyse seit: _____
Ursache des Nierenversagens/renalen Grundleidens: _____
Urin ml/d: _____

HBs Ag: _____ AntiHBs: _____ HCV AK: _____
HIVAK: _____ MRSA: _____ Sonst. Erreger: _____
Angaben unbedingt erforderlich, positive Patienten werden *nicht* übernommen.

Gefäßanschluss: Ciminofistel Oberarm/Ellenbeugefistel
Goretexprothese getunnelter Venenkatheter
Patienten mit Akutkatheter werden nicht übernommen (Ausnahme: akutes Nierenversagen).

Anzahl der Dialysen pro Woche: _____ Dialysator: _____
Heparin (Gesamtmenge): _____ Sollgewicht: _____ kg
Fraktioniertes Heparin: _____
Besonderheiten Dialysat: K: _____ Ca: _____
Medikation zur Dialyse (z.B. EPO, Fe, Vitamine): _____
Unverträglichkeiten (Dialysemembran, Medikamente): _____
(Es wird nur Bicarbonatdialyse, keine HDF durchgeführt.)

Ansprechpartner zu Dialysefragen im entsendenden Krankenhaus:

Name: _____ Telefon: _____
Datum: _____ Unterschrift: _____