

Dienst Nefrologie

+32 89/ 80 82 30

Dr. J. Peeters
Medisch diensthoofd

Stafleden
Dr. L. Hendrickx
Dr. E. Macken
Dr. C. Metalidis
Dr. J. Peeters
Dr. A. Van Mieghem
Prof. Dr. L. Heylen
Prof. Dr. B. Sprangers

ANTRAGSFORMULAR ZUR URLAUBSDIALYSE

PERSONENDATEN PATIENT

1. Personendaten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer:

(Bitte Kopie des Personalausweis im Anhang hinzufügen)

Name Partner:

Vorname Partner:

Heimatadresse

Straße & Hausnr.:

Postleitzahl: Wohnort:

Land:

Telefon: Mobiltelefon:

Umgangssprache:

Hausarzt:

Nachname + Vorname:

Wohnort:

Notfallkontakte:

ICE 1:

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Mobil:

ICE 2:

Name: Vorname:

Tel.-Nr.: Mobil:

2. Angaben Krankenkasse / Krankenversicherung

Betroffener:

Name :

Vorname :

Versicherungsnummer :

Krankenkasse oder Versicherungsgesellschaft

Name Krankenkasse:

Telefon:

E-Mail:

3. Dialysezentrum

Name Dialysezentrum oder Krankenhaus:

Postleitzahl : Wohnort:

Land:

Telefon: E-Mail:

Behandelnder Arzt/Nephrologe:

Aktuelles Dialyseschema:

☐ Montag/Mittwoch/Freitag

☐ Vormittag

☐ Nachmittag

☐ Abend

☐ Dienstag/Donnerstag/Samstag

☐ Vormittag

☐ Nachmittag

☐ Abend

4. Auskünfte Urlaub

Urlaubsadresse in Belgien:

Straßenname + Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

E-Mail:

Anfangsdatum Urlaubsdialyse: / /

Enddatum Urlaubsdialyse: / /

Gewünschtes Dialyseschema im Urlaub:

☐ Montag/Mittwoch/Freitag

☐ Vormittag

☐ Nachmittag

☐ Abend (17h00 – 21h00)

☐ Dienstag/Donnerstag/Samstag

☐ Vormittag

☐ Nachmittag

(Abends nicht möglich)

5. Transport:

☐ Mit eigenem Transportmittel

☐ Mit Taxi

MEDIZINISCHE INFORMATIONEN UND DIALYSE DATEN

1. Renale Diagnose und relevante Vorgeschichte / Komorbidität:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Datum erste Dialyse:

3. Allergien:

.....

.....

4. Kürzliche Probleme während der Dialyse:

.....

.....

.....

.....

5. Serologie und Mikrobiologie

Datum Bestimmung

- Hep B Oberflächenantigen ☐ Negativ ☐ Positiv
- Hep B Oberflächenantistoffe ☐ Negativ ☐ Positiv
- Hep B Core-Antistoffe ☐ Negativ ☐ Positiv
- Hep C Antistoffe ☐ Negativ ☐ Positiv
- HIV-Antistoffe ☐ Negativ ☐ Positiv
- MRSA-Screening ☐ Negativ ☐ Positiv

6. Blutgruppe: **Rh-Faktor:**

Irreg. Antistoffe:

7. Therapieform: ☐ Hämodialyse ☐ Hämodiafiltration

8. Dialysefrequenz + Dauer: X h.

9. Membrantyp:

10. Dialysat Zusammensetzung:

Natrium:	 mmol/l
Kalium:	 mmol/l
Bicarbonat:	 mmol/l
Glukose:	 mg/dl
Calcium:	 mmol/l

11. 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

12. Zugangsweg:

- AV-Fistel: Typ:
 Stelle:
 O Metallnadel O Katheternadel
 O Unipunktur O Bipunktur
- Dialysekatheter: Typ:
 Stelle:
 O Single Lumen O Doppel Lumen
- Heparin-Lock: Art. Ven.

13. Medikamente während der Dialyse:

- Antikoagulation (wir verwenden IV Enoxaparin = Clexane)
 - ° Typ:
 - ° Dosis & Frequenz:
- EPO (wir verwenden IV Aranesp = 40 µg)
 - ° Typ:
 - ° Dosis & Frequenz:
- Eisenpräparat (wir verwenden IV Injectafer 100 mg)
 - ° Typ:
 - ° Dosis & Frequenz:
- Sonstiges:
 - ° Typ:
 - ° Dosis & Frequenz:

14. Medikamente zu Hause:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Transplantationskandidat: O Ja O Nein

Transplantationszentrum:

16. Laborergebnisse: Bitte letzte Ergebnisse als Anlage hinzufügen

17. EKG: Bitte letzte Kopie als Anlage hinzufügen

18. Aktuelles MRSA-Screening: Bitte Ergebnisse hinzufügen

19. Impfschema:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20. Bitte Kopie des Personalausweis im Anhang hinzufügen