

Nephro am See
nephroamsee.ch

nephro.swiss AG
nephro.swiss

Nephro am Wald
nephroamwald.ch

Dialyse-Zentrum
Seestrasse 87, CH-8810 Horgen
T +41 44 208 88 11 F +41 44 208 88 12
dialyseamsee@nephro.swiss

Nierenzentren
Seestrasse 85 CH-8810 Horgen
T +41 44 208 81 81
info@nephro.swiss

Dialyse-Zentrum
Bannhaldenstrasse 7, CH-8180 Bülach
T +41 44 208 81 88 F +41 44 208 81 82
dialyseamwald@nephro.swiss

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Bitte gewünschtes Zentrum ankreuzen: Nephro am See Nephro am Wald

Termin	Dialyse-Tage sind Montag - Mittwoch - Freitag	
Patient*in wünscht Feriendialyse von:		bis:
<input type="checkbox"/> Morgen	<input type="checkbox"/> Mittag	<input type="checkbox"/> Abend

Patientendaten	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon	Mobile:
E-Mail Adresse:	
Ferienadresse:	

Garant / Krankenkasse
Name der Versicherung:
Europäische Versicherungskarte vorhanden:
Vers. Nr.:
Kartenummer:

Ihr Dialysezentrum
Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon/Fax:
E-Mail:

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Dialysedaten	
Dialysen pro Woche	Dauer: Std
Wochentage: Mo Di Mi Do Fr Sa	
Dialysat: Na: mmol/l K: mmol/l Ca: mmol/l Glucose: g/l Bicarbonat: mmol/l	
Filter:	
<input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Fragmin <input type="checkbox"/> Clexane <input type="checkbox"/> andere	initial: stündlich:
Gefässzugang: <input type="checkbox"/> AV-Fistel <input type="checkbox"/> Graft Nadelgrösse	<input type="checkbox"/> Katheter Lokalisation: li re
Trockengewicht:	Blutdruck: <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> tief
Blutpumpen-Geschwindigkeit	ml/min
Diagnosen/Probleme <input type="checkbox"/> siehe Anhang	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Dialyse seit:	
Labor <input type="checkbox"/> siehe Anhang	
HBsAg: Datum: anti-HBs-Ak: Datum MRSA:	
anti-HCV: Datum: HIV Ag/Ak: Date:	
Hb: K:	
Medikamente <input type="checkbox"/> siehe Anhang	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
ESA: <input type="checkbox"/> Mircera <input type="checkbox"/> Aranesp <input type="checkbox"/> anderes Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzten Verbreichung:	
Eisensubstitution: <input type="checkbox"/> Ferinject <input type="checkbox"/> Venofer <input type="checkbox"/> anderes Dosis/Verabreichungsfrequenz: Datum der letzten Verbreichung:	
Spezielles:	
Datum	Arzt: