



Dialysezentrum

Stadt Telefon E-mail

Arzt

ÜBERWEISUNGSBERICHT/MEDIZINISCHES DIALYSEPROTOKOLL

Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Patient (Name und Vorname) Geburtsdatum

Adresse Stadt

Telefon E-mail

Anamnese/Diagnosen

Allergien

An der Dialyse seit Allgemeinzustand des Patienten: gut mittel niedrig

Patient mit besonderen Bedürfnissen: NEIN JA (was) Mobil: NEIN JA

Dialyseverfahren: HD (Bicarbonat) HDF Trajanje dijalize: 4 sata

Dialyse-Tagen: Montag, Mittwoch, Freitag Dienstag, Donnerstag, Samstag Schicht 1 Schicht 2

Gefäßanschluss: AV-Fistel Katheters Blutflussgeschwindigkeit (ml/min) Trockengewicht

Dialysegerät

Dialysatlösung Na+ K+ Ca++

Mg++ Glucose HCO3-

Dialysator (type) der Fluss des Lösung die Temperatur der Lösung

Heparinisierung

Medikamente und Dosierung

Marker: (nicht älter als 30 Tage) - Prüfdatum

Marker: (nicht älter als 30 Tage) - Prüfdatum HBs-Ag; Anti HBs; Anti HCV; Anti HIV Positiv Negativ

Laborwerte: Hb Htc Kreatinin Na+ K+ Ca ++

P AST ALT BZ bei der Ankunft eine Kopie des Befundes beilegen

Zustimmung: Der Patient wurde für die Hämodialyse Behandlung in **Poliklinik REDIAL** - Zentrum Hämodialyse zugestimmt, 51513 Omišalj, Poje 1, auf der Insel Krk, Kroatien. Phone, fax: 00 385 (0) 51841-896, E-mail: redial.hemodialysis.krk@gmail.com

Letzte Dialyse vor Ankunft

Datum Stempel _____

Unterschrift des Arztes: