

Anmeldung zur Feriendialyse
Inscription pour des dialyses en vacances
Iscrizione per dialisi in vacanze
Application for dialysis treatment on holiday

Bitte möglichst 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden
Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 5 semaines avant la première dialyse
Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 5 settimane prima dell' inizio della dialisi
Please send application form to holiday dialysis unit 5 weeks prior to your first dialysis

| | |
|--------------------------------|---|
| Name Nom Cognome Name | Vorname Prénom Nome First name |
|--------------------------------|---|

| | | |
|---|---|--|
| Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth | Ferien - Adresse Adresse de vacances Indirizzo di vacanze Address to holiday | Ferien - Dialysezentrum Centre de dialyse de vacances Centro dialisi di vacanze Holiday dialysis unit |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| Strasse Rue Via Street | | |
| PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place | | |
| Telephon / Fax Téléphone / fax Telefono / fax Phone / fax | | |

| |
|--|
| Person, die im Notfall verständigt werden soll / Tel. Personne à aviser en cas d'urgence / tél. Persona da avvisare in caso di urgenza, tel. Person to inform in an emergency / phone |
|--|

| |
|---|
| Krankenkasse (Name, Adresse, Nr.) Caisse maladie (nom, adresse, no.) Cassa malati (nome, indirizzo, no.) Health insurance (name, address, no.) |
|---|

Bei Auslandsdialysen EU, wollen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mitbringen, bei Ihrer Krankenkasse erhältlich.
En cas de dialyses à l'étranger EU, veuillez commander une attestation d'assurance à votre caisse maladie.
Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malati.
For guests coming from EU countries, please bring a proof of insurance with you, available from your health insurance.

Ihr Dialysezentrum / Votre centre de dialyse / Il vostro centro dialisi / Your dialysis unit

| | |
|---|---|
| Spital, Adresse, Telephon, Fax Hôpital, adresse, téléphone, fax Ospedale, indirizzo, telefono, fax Hospital, address, phone, fax | Arzt Médecin Dottore Physician |
|---|---|

Feriendialyse / Dialyses en vacances / Dialisi in vacanze / Dialysis on holiday

| | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--|---------------------------------------|---|
| Gewünschter Termin Date désirée Data desiderata Date preferred | von de dal from | bis à al to | Gewünschte Zeit L'heure désirée Ora desiderata Time preferred | Morgen Matin Mattina Morning | Nachmittag Après midi Pomeriggio Afternoon |
|---|--------------------------|----------------------|--|---------------------------------------|---|

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|---|
| Gewünschte Tage Jours désirés Giorni desiderati Days preferred | Montag Lundi Lunedì Monday | Dienstag Mardi Martedì Tuesday | Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday | Donnerstag Jeudi Giovedì Thursday | Freitag Vendredi Venerdì Friday | Samstag Samedi Sabato Saturday |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|---|

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Anzahl Dialysen / Woche Traitements / semaine Dialisi / settimana Dialysis sessions / week | HDF <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> | Dauer / Dialyse Durée / traitement Durata / dialisi Duration / session | Stunden heures ore hours |
|---|---|---|-----------------------------------|

| | | | |
|--|------------------------|-------------------------|---|
| Haben Sie schon einmal bei uns dialysiert ? Avez - vous déjà été dialysé(e) chez nous ? Ha già fatto dialisi da noi ? Have you already dialysed on our unit ? | Ja Oui Si Yes | Nein Non No No | Wenn ja, in welchem Jahr Si oui, en quelle année ? Se si, quale anno ? If yes, in which year ? |
|--|------------------------|-------------------------|---|

Medizinische Daten / Données médicales / Dati medici / Medical dates

| |
|---|
| Diagnose / Diagnostics / Diagnosi / Diagnosis |
|---|

| |
|--|
| Allergien / Allergies / Allergie / Allergies |
|--|

| | | | | |
|---------|-------------|----------|----------|--|
| HB-s-AC | HB-s-Antig. | HIV-s-AC | Anti-HCV | |
|---------|-------------|----------|----------|--|

⇒ Bitte Kopie der letzten Laborresultate beilegen (nicht älter als)
 ⇒ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins (ne pas plus anciens que.....)
 ⇒ Si prega di aggiungere gli ultimi risultati del sangue (non più vecchi di)
 ⇒ Please enclose your last blood results (no older than)

| | | | | | | |
|---|--|--|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since | | Transplantationsliste Liste de transplantation Lista di trapianti Transplant list | Ja Oui Si Yes | <input type="checkbox"/> | Nein Non No No | <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|

Gefäßzugang / Accès vasculaire / Accesso vascolare / vascular access

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Katheter Cathéter Catetere Catheter | <input type="checkbox"/> | Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation | | ml ml (IU/ml) | Venös Veine Venosa Venous | ml ml (IU/ml) |
| Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation | | Arteriell Artère Arteriosa Arterial | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|---|---|--------------|
| Fistel Fistule Fistola Shunt | <input type="checkbox"/> | Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation | Blutfluss Flux sang. Flusso sang. Blood flow | UF - Profile | |
| Nadel Aiguille Ago Cannula | G | 1. - Nadel Unipuncture Single Needle Single Needle | <input type="checkbox"/> | Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks | Na - Profile |

Filter / Filtre / Filtro / Dialyser

| | | | |
|--|---|--|----------------|
| Dialysator Filtre Filtro Dialyser | Material der Membrane Type de membrane Tipo di membrana Type of membrane | Oberfläche Surface Superficie Surface | m ² |
|--|---|--|----------------|

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------|--|--------|---|--------|---|--------|
| Bikarbonat Bicarbonat Bicarbonato Bicarbonato | <input type="checkbox"/> | Natrium Sodium Sodio Sodium | mmol/l | Kalium Potassium Potassio Potassium | mmol/l | Kalzium Calcium Calcio Calcium | mmol/l | Glukose Glucose Glucosio Glucose | mmol/l |
|--|--------------------------|--------------------------------------|--------|--|--------|---|--------|---|--------|

Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazione / Anticoagulation

| | | | | | | | |
|---|--|----|--|----|--|--|----|
| Heparin Héparine Eparina Heparin | initial charge iniziale Bolus | IU | kont. entretien all'ora cont. | IU | Fragmin Fragmin Fragmin Fragmin | initial charge iniziale Bolus | IU |
|---|--|----|--|----|--|--|----|

Blutdruck / Tension artérielle / pressione del sangue / Bloodpressure

| | | | | |
|---|---|---|----|--------------------|
| vor Dialyse avant la dialyse prima della dialisi before dialysis | nach Dialyse après la dialyse dopo la dialisi after dialysis | Trockengewicht Poids de base Peso secco Dry weight | kg | Max. UF Rate ml |
|---|---|---|----|--------------------|

| |
|---|
| Bemerkungen / Remarques / Nota / Comments |
|---|

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature