

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

Bitte möglichst 2 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden
 Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 2 semaines avant la première dialyse
 Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 2 settimane prima dell' inizio della dialisi
 Please send application form to holiday dialysis unit 2 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 die Europäische Versicherungskarte mitbringen.
 En cas de dialyses à l'étranger EU, veuillez apporter votre Carte Européenne d'assurance maladie.
 Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare la Tessera europea d'assicurazione-malattia.
 For guests coming from EU countries, please bring the European Health Insurance Card with you.

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 gia fatto dialisi da noi ? Have you already dialysed on our unit ?	Ja Oui Si Yes	Nein Non o 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, in den letzten drei Wochen ausgeführte Tests für Hepatitis C, B und HIV.
- ➔ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins, tests hépatite C, B et HIV effectués dans les trois dernières semaines.
- ➔ Si prega aggiungere gli ultimi risultati del sangue, ivi compreso le sierologie provano epatiti C, B e HIV effettuato nelle tre ultime settimane.
- ➔ Please enclose your last blood results, including serologies test hepatitis C, B and HIV made in the last three weeks.

Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since

Transplantationsliste Liste de transplantation Lista di trapianti Transplant list	Ja Oui <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Yes	Nein Non <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
--	--	---

Gefäßzugang / Accès vasculaire / Accesso vascolare / vascular access

Katheter Cathéter <input type="checkbox"/> Catetere Catheter	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation
---	--

Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation	Arteriell Artère Arteriosa Arterial	ml (IU/ml)	Venös Veine Venosa Venous	ml (IU/ml)
--	--	-------------------------	------------------------------------	-------------------------

Fistel Fistule <input type="checkbox"/> Fistola Shunt	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Blutfluss Flux sang. Flusso sang. Blood flow	UF - Profile
--	--	---	--------------

Nadel Aiguille G Ago Cannula	1. - Nadel Uniponcture <input type="checkbox"/> Single Needle Single Needle	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	Na - Profile
--	--	---	--------------

Filter / Filtre / Filtro / Dialyser

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

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat <input type="checkbox"/> Bicarbonato Bicarbonate	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 / Antikoagulazion / 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

