

Anmeldung zur Dialyse
Inscription à la dialyse
Prenotazione per la dialisi
Application for dialysis treatment

Bitte dieses Formular möglichst vor der ersten Dialyse an das Dialysezentrum senden

6 Wochen

Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse avant la première dialyse

10 semaines

Si prega di rinviare questo formulario al centro dialisi prima dell' inizio della dialisi

12 settimane

Please send application form to dialysis center befor your first dialysis

weeks

Name Nom Cognome Surname	Vorname Prénom Nome Forename
-----------------------------------	---------------------------------------

Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth	Ferien – Adresse Adresse de vacances Indirizzo durante le vacanze Address during holiday	Dialysezentrum Centre de dialyse Centro dialisi Dialysis unit
Privatadresse/ Mail Adresse privée Indirizzo Home address		Mail: Fax :
Strasse Rue Via Street		
PLZ /Ort NP / Lieu NP / Località Postcode / Town		
Telefon / Mobile Téléphone / Mobile Telefono /Mobile: Phone / Selfphone		

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

Krankenkasse (Versicherungs-Nr.)
 Caisse maladie (Numero d assuré)
 Cassa malattia (Numero d assicurazione)
 Health insurance (Insurance Number.)

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

Spital, Adresse, Telephon, Fax Mail Hôpital, Adresse, Téléphone, Fax Mail Ospedale, Indirizzo, Telefono, Fax Mail Hospital, Address, Phone, Fax Mail	Arzt Médecin Dottore Physician
---	---

Dialyse / Dialyses / Dialisi / Dialysis

Gewünschter Termin Data désirée Data desiderata Date preferred	von de dal from	bis à al to	Gewünschte Zeit 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 par semaine Frequenza settimanale della dialisi Dialysis sessions / week	HDF <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> SN <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> Prä <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 at our unit ?	Ja Oui Si Yes	Nein Non No No	Wenn ja, in welchem Jahr ? Si oui, en quelle année ? Se si, in quale anno ? If yes, which year ?
--	------------------------	-------------------------	---

Medizinische Daten / Données médicales / Dati medici / Medical dates

BITTE FOLGENDE KOPIEN BEILEGEN:

→ Diagnose / Laborwerte / Infektparameter (HBs-AK / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AK) / Medikamentenliste, Shuntblatt/ Foto

VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE:

→ Diagnostics / Résultats de laboratoire/ Parametre infectieuse (HBs-AC / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV) / Liste des médicaments/ Feuille de fistule/ Foto

SI PREGA DI ALLEGARE I SEGUENTI REFERTI:

→ Diagnosi / Risultati del sangue / Parametri infettivi (HBs-Ac / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AC) / Lista medicinali / Foglio di fistula / Fotografia

PLEASE ENCLOSE COPYS OF:

→ Diagnosis / Laboratory results / Infection status (HBs-AB / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AB) / Medication plan / Sheet of Shunt / Photography

Allergien / Allergies / Allergie / Allergies	Anderes / Autres / Altri / Others
--	-----------------------------------

Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since	Transplantationsliste Liste de transplantation Lista per il trapianto Transplant list	Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<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	Perm Kath. <input type="checkbox"/>	Andere Autres Altri Others	<input type="checkbox"/>	rechts droite destra right	<input type="checkbox"/>	links gauche sinistra left	<input type="checkbox"/>
Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation	arteriell artériel arteriosa arterial	ml	venös veineux venosa venous	ml	Medikament Médicaments Medicinali Medication				

Fistel Fistule Fistola Shunt	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / localizzazione Type / localisation	Blutfluss Débit sanguin Flusso sangue Blood flow	ml/min.	UF-Profil Profil-UF UF-Profilo UF-Profile
---------------------------------------	--------------------------	---	---	---------	--

Nadel Aiguille Ago Cannula	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	G	1 Nadel Ponction unique Single Needle Single Needle	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	Na-Profil Profil-Sodium Sodio-profilo Sodium-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	m2
--	---	--	----

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat Bicarbonato Bicarbonate	mmol/l	Natrium Sodium Sodio Sodium	mmol/l	Kalium Potassium Potassio Potassium	mmol/l	Kalzium Calcium Calcio Calcium	mmol/l	Glukose Glucose Glucosio Glucose	g/l
--	--------	--------------------------------------	--------	--	--------	---	--------	---	-----

Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazione / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	initial initial iniziale initial	IU	kont. continu all'ora cont.	IU	LMWH initial LMWH initial LMWH iniziale LMWH initial
---	---	----	--------------------------------------	----	---

Vitalparameter / Paramètres vitaux / Parametri vitali / Vital signs

Trockengewicht Poids de base Peso secco Dry weight	kg	Blutzucker Mesurer la glucose Misurare la glicemia Measure blood glucose	vor, avant, prima, before	<input type="checkbox"/>	nach, après, dopo, after	<input type="checkbox"/>
---	----	---	------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Bemerkungen / Remarques / Note / Comment
--

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature