

Dialysestation der Klinik Im Park

FERIENDIALYSE BEI UNS IN ZÜRICH

Liebe Patientin, lieber Patient

Die Dialysestation/Nephrologische Praxis in der Klinik Im Park steht Ihnen auch als Feriengast offen. Bitte nehmen Sie frühzeitig mit uns Kontakt auf und senden Sie uns das ausgefüllte Anmeldeformular mindestens 10 Tage vorher zu, damit wir Ihnen einen Dialyseplatz reservieren können.

Wir setzen alles daran, Sie bei der Organisation Ihres Aufenthaltes zu unterstützen. Folgende Infrastruktur und Leistungen bietet unsere Dialysestation an:

Geräte

- Gerätetyp: Fresenius 5008
- Filter der Firma Fresenius (keine Filterwiederverwendung)

Behandlungsarten

- Hämodialyse
- Hämodiafiltration
- Double-needle-Dialyse
- Single-needle-Dialyse
- Bikarbonat-Dialyse

Behandlung möglich von

- Patienten ab 16 Jahren
- Hep. C positiven Patienten
- Hep. B positiven Patienten
- HIV-positiven Patienten

Ausstattung/Service

- TV, Radio, Internetzugang an jedem Behandlungsplatz
- Zeitschriften
- kostenlose Getränke, kostenloser Snack
- Mittagessen möglich
- die Dialyseabteilung ist barrierefrei
- Parkplätze stehen gratis zur Verfügung



Medizin

- permanente ärztliche Anwesenheit während der Behandlung
- Zusätzliche Dienstleistungen wie Labor, Röntgen, Ultraschall, EKG und andere Untersuchungen sind im Hause je nach Fragestellung möglich (separate Verrechnung)

Öffnungszeiten

- Montag, Mittwoch und Freitag:
7.30 bis 18.00 Uhr
- Dienstag, Donnerstag und Samstag:
07.30 bis 12.00 Uhr
- 24-Stunden-Rufbereitschaft für Patienten der Dialysestation und für nephrologische Notfälle

Sprachen

Deutsch, Englisch, Italienisch, Französisch, Spanisch, Portugiesisch

Medizinische Dokumente

Nehmen Sie bitte folgende Unterlagen zu Ihrer Behandlung mit:

- Anmeldeformular
- Letztes Dialyseprotokoll
- Diagnoseliste
- Aktuelle Medikation mit Dosisangabe
- Serologie Hepatitis B, C sowie HIV
- MRSA Abstrich (nicht älter als 2 Monate)

Abrechnung

Ambulant behandeln wir Patienten aller Versicherungsklassen. Die direkte Abrechnung mit der Europäischen Versicherungskarte (EKVK) via Gemeinsame Einrichtung KVG ist für alle Patienten aus dem EU-Raum möglich. Dialysepatienten aus einem EG-/EFTA-Staat, welche bei uns eine einmalige Notfalldialyse benötigen oder zur Gastdialyse anreisen, müssen die Europäische Versicherungskarte (EKVK) oder eine provisorische Ersatzbescheinigung vorweisen. Wenn diese Angaben vorliegen, erfolgt eine direkte Abrechnung über die Gemein-

same Einrichtung KVG. Ohne EU-Versicherungskarte muss eine Vorauszahlung geleistet werden.

Preis: CHF 530.- (exkl. Erythropoetin, Spezialmedikamente, Zusatzlabor, Administration Fee) pro Dialysebehandlung.

Dialysepatienten aus dem übrigen Ausland (nicht EU, nicht CH) müssen vor Behandlungsbeginn oder spätestens am Eintrittstag die oben erwähnte Dialysepauschale bezahlen. Eine direkte Abrechnung über die jeweilige ausländische Kasse ist in diesem Fall nicht möglich.

Sie haben die Möglichkeit, bei Eintritt in bar oder mit Ihrer Kreditkarte (American Express, Visa Card, Mastercard, Diners Club) zu zahlen.

Leistungen während Ihres Aufenthaltes, welche nicht mit Ihrer Dialyse im Zusammenhang stehen sowie Zusatzlabor und Zusatzmedikamente, welche nicht in der Pauschale enthalten sind, müssen vor Spitalaustritt separat beglichen werden. Bitte melden Sie sich vor Ihrer letzten Dialyse hierfür bei der Patientenaufnahme.

Die endgültige Schlussabrechnung erfolgt am letzten Behandlungstag. Bei Fragen können Sie sich gerne an unsere Patientenaufnahme wenden: T +41 (0)44 209 21 61

Anmeldung

Bitte melden Sie sich mit dem ausgefüllten Anmeldeformular bei uns an:

Klinik Im Park
Seestrasse 220
CH-8027 Zürich

T +41 (0)44 209 20 70
F +41 (0)44 209 20 96

michael.moeddel@hirslanden.ch

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 già fatto dialisi da noi ? Have you already dialysed on our unit ?	Ja Oui Sì Yes	Nein Non No No	Wenn ja, in welchem Jahr ? Si oui, en quelle année ? Se sì, 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 3 Monate)
- ⇒ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins (ne pas plus anciens que 3 mois)
- ⇒ Si prega aggiungere gli ultimi risultati del sangue (non più vecchi di 3 mese)
- ⇒ Please enclose your last blood results (no older than 3 months)

Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since	Transplantationsliste Liste de transplantation Lista di trapianti Transplant list	Ja Oui Sì 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			
Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation		Arteriell Artère Arteriosa Arterial	ml (IU/ml)	Venös Veine Venosa Venous	ml (IU/ml)

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 Uniponcture 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 membrano Type of membrane	Oberfläche Surface Superficie Surface	m ²
--	---	--	----------------

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat Bicarbonato Bicarbonate	<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 / Antikoagulation / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	initial charge iniziale Bolus		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

