

ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

HIRSLANDEN



Inscription pour des dialyses en vacances

Iscrizione per dialisi in vacanze

Application for dialysis treatment on holiday

HIRSLANDEN BERN
SALEM-SPITAL

T +41 31 337 66 55
Dialyse.Salem@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Bitte möglichst 2 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden

Prrière 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

Heimatadresse Adresse du domicile Indirizzo di casa Home address	Ferienadresse Adresse de vacances Indirizzo di vacanze Adress to holiday
Strasse Rue Via Street	Strasse Rue Via Street
PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place	PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place
Telephon / Fax Téléphone / fax Telefono / fax Phone / fax	Telephon / Fax Téléphone / fax Telefono / fax Phone / fax
Natel / Mobile	Natel / Mobile

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.)

Bitte bringen Sie Ihre Krankenkassenkarte mit.

Veuillez-vous apporter votre carte d'assurance maladie.

La preghiamo di portare la sua tessera sanitaria.

Please bring your health insurance card with you.

**IHR DIALYSEZENTRUM / VOTRE CENTRE DE DIALYSE /
IL VOSTRO CENTRO DIALISI / YOUR DIALYSIS UNIT**

Spital, Adresse, Telephon, Fax, E-Mail Hôpital, adresse, téléphone, fax, E-Mail Ospedale, indirizzo, telefono, fax, E-Mail Hospital, address, phone, fax, E-Mail	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
---	--------------------------	----------------------	--	---------------------------------------	---



ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

HIRSLANDEN



Inscription pour des dialyses en vacances

Iscrizione per dialisi in vacanze

Application for dialysis treatment on holiday

HIRSLANDEN BERN
SALEM-SPITAL

T +41 31 337 66 55
Dialyse.Salem@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

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 ☐ HD ☐	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 ?
--	------------------------	-------------------------	---

uni 2003 / IG nephrologische Krankenpflege SBK / EDTNA/ERCA - Juni 2006 / Hirslanden Head Office / angepasst betr. EU-Versicherungskarte und Anmeldefrist

MEDIZINISCHE DATEN / DONNÉES MÉDICALES / DATI MEDICI / MEDICAL DATES

Diagnose / Diagnostics / Diagnosi / Diagnosis

Allergien / Allergies / Allergie / Allergies
--

Anti-Hbs	HB-s-Antig.	Anti-HCV	HIV-s-AG	MRSA
----------	-------------	----------	----------	------

- 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	Nein Non No No
---	--	--	------------------------	-------------------------

GEFÄSSZUGANG / ACCÈS VASCULAIRE / ACCESSO VASCOLARE / VASCULAR ACCESS

Katheter Cathéter 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 Fistola Shunt	☐	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	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	Na - Profile



ANMELDUNG ZUR FERIENDIALYSE

Inscription pour des dialyses en vacances

Iscrizione per dialisi in vacanze

Application for dialysis treatment on holiday

HIRSLANDEN BERN
SALEM-SPITAL

T +41 31 337 66 55
Dialyse.Salem@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

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	mmol/l	Natrium Sodium Sodio Sodium	mmol/l	Kalium Potassium Potassio Potassium	mmol/l	Kalzium Calcium Calzio 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/h
---	---	---	----	----------------------

Bemerkungen / Remarques / Nota / Comments