

## Anmeldung von dialysepflichtigen Patienten für die Fachkliniken Waldeck

Bitte eine Kopie senden an das  
kooperierende Dialysezentrum Güstrow  
FAX: 03843/3459819, Telefon: 03843/345980

und an die  
Fachkliniken Waldeck  
FAX: 03844 / 880 508

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

**Nierenversagen:** akut  chronisch:  Dialyse seit: \_\_\_\_\_  
Ursache des Nierenversagens/renalen Grundleidens: \_\_\_\_\_  
Urin ml/d: \_\_\_\_\_

HBs Ag: \_\_\_\_\_ AntiHBs: \_\_\_\_\_ HCV AK: \_\_\_\_\_  
HIVAK: \_\_\_\_\_ MRSA: \_\_\_\_\_ Sonst. Erreger: \_\_\_\_\_  
Angaben unbedingt erforderlich, positive Patienten werden *nicht* übernommen.

**Gefäßanschluss:** Ciminofistel  Oberarm/Ellenbeugefistel   
Goretexprothese  getunnelter Venenkatheter   
Patienten mit Akutkatheter werden nicht übernommen (Ausnahme: akutes Nierenversagen).

Anzahl der Dialysen pro Woche: \_\_\_\_\_ Dialysator: \_\_\_\_\_  
Heparin (Gesamtmenge): \_\_\_\_\_ Sollgewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Fraktioniertes Heparin: \_\_\_\_\_  
Besonderheiten Dialysat: K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_  
Medikation zur Dialyse (z.B. EPO, Fe, Vitamine): \_\_\_\_\_  
Unverträglichkeiten (Dialysemembran, Medikamente): \_\_\_\_\_  
(Es wird nur Bicarbonatdialyse, keine HDF durchgeführt.)

**Ansprechpartner** zu Dialysefragen im entsendenden Krankenhaus:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_