

## Dialyse - Station

Anmeldung zur Ferien- /Rehabdialyse - Teil 2; **Arztverordnung**



### Patient

Name:	Vorname:	Geb.
Hämodialyse seit:	Patient ist auf Transplantationsliste ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Grösse [cm]:	Blutgruppe:	
Behandlungsverfahren: HD <input type="checkbox"/> HDF <input type="checkbox"/>	Shunt / Zugang:	
Andere:		

### Dialysesystem

Dialysator:	Oberfläche [m2]:	Konzentrat:
Nadel: SN <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> G: kurz <input type="checkbox"/> lang <input type="checkbox"/>		Na [mmol/L]: K [mmol/L]:
Katheter: ZVK <input type="checkbox"/> Perm Cath <input type="checkbox"/>		Ca [mmol/L]: Mg [mmol/L]:
Andere:		Glucose [g/L]:

### Behandlungsparameter

Dauer [h.min.]:	Soll Na [mmol/L]:	Na Profil:
Blutfluss [ml/min]:	Soll Bic. [mmol/L]:	Start Na [mmol/L]:
Dialysat Temp. [°C]	Dialysatfluss [ml/min.]:	HDF Volumen [L]:

### Antikoagulation

Medikament:	Bolus [UI]:
Kontinuierlich [UI/h]:	Gesamtdosis [UI]:
Stoppzeit [h.min.]:	

### Ultrafiltration

Max. gesamte UF Rate [ml/h]:	Zielgewicht [kg]:
UF Profil:	Restdiurese [ml/24h]:

<b>Bekannte Allergien:</b>	
----------------------------	--

### Dialysemedikation

Medikamentenname	Dosis	V.Form	Intervall	Letzte Gabe	Kommentar

### Erforderliche Dokumente:

Diagnoseliste
Medikamentenliste
Aktuelles Labor <b>inklusive</b> Hepatitis Serologien, HIV
Rektalabstrich (sichtbares Material): ESBL CPE VRE; Rachen- & Nasenabstrich: MRSA
Shuntskizze

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Zuständiger Arzt: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, dieses und das beigelegte Patientenblatt vollständig ausgefüllt spätestens eine Woche vor Dialysebeginn an folgende Adresse zu senden:

SPITAL DAVOS AG  
Dialyse - Station  
Promenade 4  
7270 Davos Platz

Tel: + 41 (0)81 414 85 41

Mail: dialyse@spitaldavos.ch