dialyse@spitaldavos.ch

Anmeldung zur Feriendialyse
Inscription pour des dialyses en vacances
Iscrizione per dialisi in vacanze
Application for dialysis treatment on holiday

SPITAL DAVOS

Bitte möglichst 2 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden.
Priere de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 2 semaines avant la premiere dialyse.
Si prega di rinviare questo formulare a/ centro dialisi de/ luogo di vacanze 2 settimane prima dell'inizio della dialisi.
Please send a /ication form to holida dial sis unit 2 weeks prior to vour first dialysis.

Name Nom Cognome Surname	Vorname Prénom Nome Forename
Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth	
Privatadresse/ Mail Adresse privée Indirizzo Home address	Ferien - Adresse Adresse de vacances Indirizzio di vacanze Adress to holiday
Strasse Rue Via Street	Strasse Rue Via Street
PLZ /Ort NP / Lieu NP / Località Postcode / Town	PLZ /Ort NP / Lieu NP / Località Postcode / Town
Telefon / Mobile Téléphone / Mobile Telefono /Mobile: Phone / Selfphone	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.)

Bei Auslanddialysen EU, bringen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mit. Er ist bei Ihrer Krankenkasse erhältlich.
En cas de dialyses a l'etranger EU, veuillez commander une attestation d'assurance a votre caisse maladie.
Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malati.
For guests coming from EU countries, please bring a proof of insurance with you, availab/e from your health insurance.

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

Spital, Adresse, Telephon, Mail Hôpital, Adresse, Téléphone, Mail Ospedale, Indirizzo, Telefono, Mail Hospital, Adress, Telefon, Mail	Arzt Médecin Dottore Physician

Feriendialyse/dialyses en vacances/dialisi in vacanze/dialysis treatment on holiday

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	☐		Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	☐		Freitag Vendredi Venerdì Friday	☐	

Anzahl Dialysen / Woche Traitements par semaine Frequenza settimanale della dialisi Dialysis sessions / week	HDF ☐ Post ☐ SN ☐ HD ☐ Prä ☐	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 medicini / 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 medicaments/ 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 / Fotography**

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 Si Yes ☐	Nein Non No No ☐

Gefässzugang / Accès vasculaire / Accessso vascolare / vascular access

Katheter Cathéter Catetere Catheter ☐	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Perm Kath. ☐	Andere Autres Altri Others ☐	rechts droite destra right ☐	links gauche sinistra left ☐

Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation	arteriell artériel arteriosa arterial ml	venös veineux venosa venous ml	Medikament Médicaments Medicinali Medication

Fistel Fistule Fistola Shunt ☐	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** ☐ **16** ☐ 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	Körpergrösse, Taille du corps Taglia del corpo Body size cm	Blutzucker Mesurer la glucose Misurare la glicemia Measure blood glucose vor, avant, prima, before ☐	nach, après, dopo, after ☐

Zwischenverpflegung
Snack

Schinkenbrot ☐ Käsebrot ☐ Gipfeli ☐
pain au jambon ☐ pain au fromage ☐ croissant ☐
panino al prosciutto ☐ panino al formagio ☐ cornetto ☐
ham sandwich ☐ cheese sandwich ☐ croissant ☐

Datum / Date / Data / Date ***Unterschrift / Signature / Firma / Signature***