

Anmeldung zur Dialyse
Inscription à la dialyse
Prenotazione per la dialisi
Application for dialysis treatment

Bitte dieses Formular möglichst 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Dialysezentrum senden
Prrière de renvoyer ce formulaire au Centre de dialyse 5 semaines avant la première dialyse
Si prega di rinviare questo formulario al centro dialisi 5 settimane prima dell' inizio della dialisi
Please send application form to dialysis unit 5 weeks prior to your first dialysis

Name Nom Cognome Surname	Vorname Prénom Nome Forename
-----------------------------------	---------------------------------------

Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth	Ferien – Adresse Adresse de vacances Indirizzo durante le vacanze Address during holiday	Dialysezentrum Centre de dialyse Centro dialisi Dialysis unit
Privatadresse Adresse privée Indirizzo Home address		
Strasse Rue Via Street		
PLZ /Ort NP / Lieu NP / Località Postcode / Town		
Telefon / 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 d'urgenza, tel. Person to inform in an emergency / phone

Krankenkasse (Name, Adresse, Nr.) Caisse maladie (nom, adresse, no.) Cassa malattia (nome, indirizzo, no.) Health insurance (name, address, no.)

Bei Auslandsdialysen EU, wollen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mitbringen, bei Ihrer Krankenkasse erhältlich.
En cas de dialyses à l'étranger UE, veuillez commander une attestation d'assurance auprès de votre caisse maladie.
Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malattia.
For guests coming from EU countries, please bring a proof of health insurance with you, available from your health insurance.

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

Spital, Adresse, Telefon, Fax Hôpital, adresse, téléphone, fax Ospedale, indirizzo, telefono, fax Hospital, address, phone, fax	Arzt Médecin Dottore Physician
--	---

Dialyse / Dialyses / Dialisi / Dialysis

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	<input type="checkbox"/>	Nachmittag Après-midi Pomeriggio Afternoon	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	----------------------	--	---------------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Gewünschte Tage Jours désirés Giorni desiderati Days preferred	Montag Lundi Lunedì Monday	<input type="checkbox"/>	Dienstag Mardi Martedì Tuesday	<input type="checkbox"/>	Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	<input type="checkbox"/>	Donnerstag Jeudi Giovedì Thursday	<input type="checkbox"/>	Freitag Vendredi Venerdì Friday	<input type="checkbox"/>	Samstag Samedi Sabato Saturday	<input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---	--------------------------

Anzahl Dialysen / Woche Traitements par semaine Frequenza settimanale della dialisi Dialysis sessions / week	HDF <input type="checkbox"/>	HD <input type="checkbox"/>	Dauer / Dialyse Durée de 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	<input type="checkbox"/>	Nein Non No No	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, in welchem Jahr ? Si oui, en quelle année ? Se si, in quale anno ? If yes, which year ?
--	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	---

Medizinische Daten / Données médicales / Dati medici / Medical dates

BITTE FOLGENDE KOPIEN BEILEGEN (Laborbefunde nicht älter als einen Monat):

Diagnose / Laborwerte / Infektparameter (HBs-AK / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AK / Abstriche: Nase/Rachen, Inguinal, rektal, auf MRSA / MRGN / VRE) / Medikamentenliste

VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE (Résultats ne datant pas de plus d'un mois):

Diagnostics / Résultats de laboratoire / Séro. (HBs-AC / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AC / Le fortis: frottis du nez/de la gorge, et de l'aine, et rectal du MRSA / MRGN / VRE) / Médicaments

SI PREGA DI ALLEGARE I SEGUENTI REFERTI (risultati non più vecchi di un mese):

Diagnosi / valori del sangue / parametri infettivi (HBs-Ac / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AC / striscio del naso/faringe, inguine e rettale per MRSA / MRGN / VRE) / lista medicinali

PLEASE ENCLOSE YOUR (Results not older than one month):

Diagnosis / laboratory results / infect. status (HBs-AB / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AB / swabs: swab from nose/thorat, inguinal and rectal of MRSA / MRGN/ VRE) / Medication plan

Allergien / Allergies / Allergie / Allergies
--

Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since	Transplantationsliste Liste de transplantation Lista per il trapianto Transplant list	Ja Oui	<input type="checkbox"/>	Nein Non	<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 artériel arteriosa arterial	ml	venös veineux venosa venous	ml	Medikament Médicament Medicinali Medication
Fistel Fistule Fistola Shunt	<input type="checkbox"/>	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	G	1 Nadel Ponction unique Single Needle Single Needle	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	<input type="checkbox"/>	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 / Antikoagulazion / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	initial initial iniziale initial	IU	kont. continu all'ora cont.	IU	LMWH initial LMWH initial LMWH iniziale LMWH initial
---	---	----	--------------------------------------	----	---

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 Taux UF max. max. UF-rata max. UF-rate	ml
---	---	---	----	--	----

Bemerkungen / Remarques / Note / Comments

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature