



Dialysezentren Heusenstamm Seligenstadt

Schwerpunktpraxis für
Nieren- und Hochdruckerkrankungen

Dr. med. Volker Becker

PD Dr. med. Alexander Scheel

Innere Medizin - Nephrologie

Hypertensiologie - DHL

Anmeldung zur Gast-/Feriendialyse

PATIENT/PATIENTIN

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

GEWÜNSCHTES ZENTRUM

Ernst-Leitz-Straße 10
63150 Heusenstamm
Telefon: 06104-9364-0
Fax: 06104-9364-21

Am Reitpfad 9
63500 Seligenstadt
Ortsteil Froschhausen
Telefon: 06182-7838-0
Fax: 06182-7838-21

Kein bevorzugtes Zentrum

GEWÜNSCHTER ZEITRAUM

Letzte Dialyse „zu Hause“ _____ Erste Dialyse hier _____

Erste Dialyse „zu Hause“ _____ Letzte Dialyse hier _____

Wunschschicht: Mo Mi Fr vormittag Di Do Sa (nur vormittags, nur Heusenstamm)
 nachmittag Spätspät (ab ca. 17Uhr – nur Froschhausen)

DIAGNOSEN/ANAMNESE

Grunderkrankung _____ Dialyse seit _____

Weitere Diagnosen

-

-

DIALYSEMODALITÄTEN

Dialysemaschine _____ Gefäßzugang _____

Dialysator _____ Dialysefrequenz/-dauer _____

Blutfluß _____ Dialysat _____

Nadeln _____ UF-/Na-Profil _____

Heparin initial _____ Heparin kontinuierlich _____

Sollgewicht _____ Interdialyt. Gewichtszunahme _____

Letzte RR-Messungen AD _____ ED _____

Letzte Dialyse am _____ Verlauf _____

Dialysemedikation: Erythropoetin _____ Eisen: _____

INFEKTIOSITÄT

Hepatitisserologie _____

HIV-Serologie _____

MRSA / VRE / ESBL... nein ja, wo _____

- ANLAGEN:**
- Kopie letztes Dialyseprotokoll
 - Kopie aktuelle Laborwerte/Serologien
 - Liste aktuelle Medikation

Dialysezentrum: _____ Datum der Anmeldung _____

Telefon/Fax: _____

Vielen Dank für Ihre Dialyseanmeldung. Sie erhalten in Kürze eine schriftliche Bestätigung mit Angabe der Dialysetage und -zeiten.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.