

## Anmeldung von dialysepflichtigen Patienten für die Fachklinik Waldeck

Bitte eine Kopie senden:  
an das kooperierende Dialysezentrum Güstrow  
Fax: 03843-34 59 819, Tel. 34 59 80  
und an die  
Fachklinik Waldeck, Fax: 03844/880635

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Nierenversagen: akut  chron.  Dialyse seit: \_\_\_\_\_  
Ursache des Nierenversagens / renales Grundleiden: \_\_\_\_\_

Urin ml / d:

HBs Ag: \_\_\_\_\_ AntiHBs: \_\_\_\_\_ HCV AK: \_\_\_\_\_  
HIVAK: \_\_\_\_\_ MRSA: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_