

Anmeldung zur Nierenersatztherapie

Name:		Geburtsdatum:	
Nephrologische Diagnose:		Erste Nierenersatztherapie am:	
Heimodialyse:			

Aktuelle Nierenersatztherapie

Behandlungsart:	<input type="checkbox"/> HD	<input type="checkbox"/> Genius-HD	<input type="checkbox"/> CVVH
Behandlungsintervall:	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> umtäglich	
Behandlungsdauer:	_____ h		
Durchschnittliche UF-Rate:	_____ ml/h		

Gefäßzugang:	<input type="checkbox"/> Shaldon-Katheter
Anlagedatum:	<input type="checkbox"/> Vorhofverweilkatheter/einlumig
	<input type="checkbox"/> Vorhofverweilkatheter/zweilumig
	<input type="checkbox"/> AV-Shunt/Gefäßprothese

Antikoagulation:	<input type="checkbox"/> Heparin	Dosis:	
	<input type="checkbox"/> Citrat		
	<input type="checkbox"/> Argatra		

Hep./HIV-Serologie vom: (mit Anlage der Original-Laborbefunde)	<input type="checkbox"/> HB _s -AG	<input type="checkbox"/> HCV-AK
	<input type="checkbox"/> HB _s -AK	<input type="checkbox"/> HIV
	<input type="checkbox"/> HBc-AK/HBc-AK-IgM	

Sonstige Infektionsgefährdung:	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 4 MRGN	
	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> LVRE/LRE
	<input type="checkbox"/> ansteckende virale Erkrankung (Erreger _____)		

Besonderheiten:	
-----------------	--

Telefonische Rückfragen an:	Dr.	Tel-Nr.:
-----------------------------	-----	----------

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Rücksendung an: Fax.: 035206 62954 und Mail: krankenhaus.bel@klinik-bavaria.de
