

Bitte in Blockschrift und vollständig ausfüllen

PATIENT(IN):

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat.: _____
 Adresse: _____ ☎: _____
 Blutgruppe: _____ Rh.-Faktor: _____ Allergien: _____
 Trockengewicht: _____ kg; Durchschnittl. Gewichtszunahme zwischen zwei Dialysen _____ kg
 Blutdruck _____ Blutdruckverhalten: stabil instabil
 Gefäßzugang: Shunt: _____ li: o re: o Nadelgröße: _____ Single Needle: _____
 Katheter: _____ Einlumig: o Doppellumig: o Blocker: arteriell: _____ venös: _____
 Dialyse seit: _____ Blutpumpengeschwindigkeit: Blutfluß _____ ml/min.
 Dialysator: _____ Dialysat: K _____ Na _____ Ca _____
 Oberfläche: _____ HD: HDF:
 Anzahl der Dialysen/Woche: _____ Dialysedauer: _____ Stunden
 Antikoagulanz: initial: _____ kontinuierlich: _____
 Antikoaguliert: ja: o nein: o Medikament: _____

Diagnosen – Nierengrunddiagnose:

Medikamente:

LABORWERTE:

						NICHT ÄLTER ALS 3 MONATE!		
	Datum:	Wert:		Datum:	Wert:	WICHTIG!	Datum:	Wert:
Ery/HB			GOT			HBs-AG		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
Leuco			GPT			HBs-AK		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
Na			GGT			HBc-AK		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
K			AP			Hepatitis B-Impf.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ca			Bili			HIV Test		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
BUN			S-Kreat.			HCV		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
						HC-AK		<input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.

DIALYSEINSTITUT: _____ ☎: _____
 Dialysearzt: _____ Fax: _____

_____ Datum: _____ Unterschrift/Stempel des Arztes _____