

Anmeldebogen Dialysepatienten- Hämodialyse
Datum: _____

Patientendaten	Name	Vorname		Geb. Datum		
Versicherung	<u>ohne</u> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> <u>mit</u> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>					
Station (ggf.geplant)	Telefon	Dialyse ab dem				
Einweisungsgrund						
Heimatzentrum	Begleitbrief angefordert?		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Liegt bei <input type="checkbox"/>			
Gefäßzugang	Shunt <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Doppel-Lumen <input type="checkbox"/> Single-Lumen <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/>					
Behandlungsart und Dauer	HD <input type="checkbox"/> HDF <input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> Postdilution <input type="checkbox"/> Prädilution <input type="checkbox"/> Mo/ Mi/ Fr <input type="checkbox"/> Di/ Do/ Sa <input type="checkbox"/> Früh <input type="checkbox"/> Zwischen <input type="checkbox"/> Spät <input type="checkbox"/> Behandlungsdauer:					
Infektionsstatus	HIV	<input type="checkbox"/> Positiv	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Positiv	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Positiv
		<input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> negativ		<input type="checkbox"/> negativ
	MRE´s	<input type="checkbox"/> Positiv	Sonstiges (z.B. MRSA)			
		<input type="checkbox"/> negativ				
Bemerkungen						
Rückfragen an						
Per Fax an	Dialyse Barmen 1572					