

## Dialysebegleitbrief

Name:                      Geburtsdatum

Anschrift:

Krankenkasse:    VersicherungsNr

Diagnosen:

Datum der ersten Gastdialyse:

Geplante Dauer der Gastdialyse: von                      bis

chron. Dialyse seit:

Hepatitis und HIV-Serologie mit Datum der letzten Kontrolle:

Hepatitis-B-AG:                      Ergebnis    vom (Datum)

Hepatitis-B-AK:

Hepatitis C-AK:

HCV-RNA:

HIV-AK:

MRSA- Status:

Dialyseverfahren:		HD-Tage:	
Blutfluss:		Dauer:	
Dialysator:			

<b>Dialysat:</b>					
<b>Antikoagulanz:</b>	Heparin	<b>Initial/Bolus:</b>	<b>Kont.-Dosis/h.:</b>		
<b>Gefäßzugang:</b>		<b>Sollgewicht</b>		<b>Intervallgewich tszunahme:</b>	

**Medikation bei Dialysetherapie :**

**Dauermedikation:**

**Letzte Laborbefunde:**

**Besonderheiten:**

\*Mit dem Absenden dieses Formulars erkennen Sie unsere Datenschutzerklärung an.