

**Anmeldung zur Feriendialyse**  
**Inscription pour des dialyses en vacances**  
**Iscrizione per dialisi in vacanze**  
**Application for dialysis treatment on holiday**

*Bitte möglichst 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden*  
*Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 5 semaines avant la première dialyse*  
*Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 5 settimane prima dell' inizio della dialisi*  
*Please send application form to holiday dialysis unit 5 weeks prior to your first dialysis*

Name Nom Cognome Name	Vorname Prénom Nome First name
--------------------------------	---

Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth	Ferien - Adresse Adresse de vacances Indirizzo di vacanze Address to holiday	Ferien - Dialysezentrum Centre de dialyse de vacances Centro dialisi di vacanze Holiday dialysis unit
---	---	--

Strasse Rue Via Street		
PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place		
Telephon / Fax Téléphone / fax Telefono / fax Phone / fax		

Person, die im Notfall verständigt werden soll / Tel.  
 Personne à aviser en cas d'urgence / tél.  
 Persona da avvisare in caso di urgenza, tel.  
 Person to inform in an emergency / phone

Krankenkasse ( Name, Adresse, Nr. )  
 Caisse maladie ( nom, adresse, no. )  
 Cassa malati ( nome, indirizzo, no. )  
 Health insurance ( name, address, no. )

*Bei Auslandsdialysen EU, wollen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mitbringen, bei Ihrer Krankenkasse erhältlich.*  
*En cas de dialyses à l'étranger EU, veuillez commander une attestation d'assurance à votre caisse maladie.*  
*Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malati.*  
*For guests coming from EU countries, please bring a proof of insurance with you, available from your health insurance.*

**Ihr Dialysezentrum / Votre centre de dialyse / Il vostro centro dialisi / Your dialysis unit**

Spital, Adresse, Telephon, Fax Hôpital, adresse, téléphone, fax Ospedale, indirizzo, telefono, fax Hospital, address, phone, fax	Arzt Médecin Dottore Physician
---	---

**Feriendialyse / Dialyses en vacances / Dialisi in vacanze / Dialysis on holiday**

Gewünschter Termin Date désirée Data desiderata Date preferred	von de dal from	bis à al to	Gewünschte Zeit L'heure désirée Ora desiderata Time preferred	Morgen Matin Mattina Morning	Nachmittag Après midi Pomeriggio Afternoon
---	--------------------------	----------------------	--	---------------------------------------	---

Gewünschte Tage Jours désirés Giorni desiderati Days preferred	Montag Lundi Lunedì Monday	Dienstag Mardi Martedì Tuesday	Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	Donnerstag Jeudi Giovedì Thursday	Freitag Vendredi Venerdì Friday	Samstag Samedi Sabato Saturday
---	-------------------------------------	---	--	--	--	---

Anzahl Dialysen / Woche Traitements / semaine Dialisi / settimana Dialysis sessions / week		HDF <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/>	Dauer / Dialyse Durée / traitement Durata / dialisi Duration / session	Stunden heures ore hours
---	--	---	---	-----------------------------------

Haben Sie schon einmal bei uns dialysiert ? Avez - vous déjà été dialysé(e) chez nous ? Ha già fatto dialisi da noi ? Have you already dialysed on our unit ?	Ja Oui Yes	Nein Non No	Wenn ja, in welchem Jahr Si oui, en quelle année ? Se si, quale anno ? If yes, in which year ?
--	------------------	-------------------	---

# Medizinische Daten / Données médicales / Dati medici / Medical dates

Diagnose / Diagnostics / Diagnosi / Diagnosis
---

Allergien / Allergies / Allergie / Allergies
--

HB-s-AC	HB-s-Antig.	HIV-s-AC	Anti-HCV	
---------	-------------	----------	----------	--

⇒ Bitte Kopie der letzten Laborresultate beilegen ( nicht älter als .....)  
 ⇒ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins ( ne pas plus anciens que.....)  
 ⇒ Si prega di aggiungere gli ultimi risultati del sangue ( non più vecchi di .....)  
 ⇒ Please enclose your last blood results ( no older than ..... )

Dialyse seit Dialyse depuis Dialisi da On dialysis since		Transplantationsliste Liste de transplantation Lista di trapianti Transplant list	Ja Oui Si Yes	<input type="checkbox"/>	Nein Non No No	<input type="checkbox"/>
---	--	--	------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

### Gefäßzugang / Accès vasculaire / Accesso vascolare / vascular access

Katheter Cathéter Catetere Catheter	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	
--	--------------------------	--	--

Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation	Arteriell Artère Arteriosa Arterial	ml ( IU/ml )	Venös Veine Venosa Venous	ml ( IU/ml )
--	--	-----------------	------------------------------------	-----------------

Fistel Fistule Fistola Shunt	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Blutfluss Flux sang. Flusso sang. Blood flow	UF - Profile
---------------------------------------	--------------------------	--	---	--------------

Nadel Aiguille Ago Cannula	<b>G</b>	1. - Nadel Unipuncture Single Needle Single Needle	<input type="checkbox"/>	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	Na - Profile
-------------------------------------	----------	---	--------------------------	---	--------------

### Filter / Filtre / Filtro / Dialyser

Dialysator Filtre Filtro Dialyser	Material der Membrane Type de membrane Tipo di membrana Type of membrane	Oberfläche Surface Superficie Surface	m <sup>2</sup>
--	---	--	----------------

### Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat Bicarbonato Bicarbonato	<input type="checkbox"/>	Natrium Sodium Sodio Sodium	mmol/l	Kalium Potassium Potassio Potassium	mmol/l	Kalzium Calcium Calcio Calcium	mmol/l	Glukose Glucose Glucosio Glucose	mmol/l
--	--------------------------	--------------------------------------	--------	--	--------	---	--------	---	--------

### Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazione / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	initial charge iniziale Bolus	IU	kont. entretien all'ora cont.	IU	Fragmin Fragmin Fragmin Fragmin	initial charge iniziale Bolus	IU
---	--	----	--	----	--	--	----

### Blutdruck / Tension artérielle / pressione del sangue / Bloodpressure

vor Dialyse avant la dialyse prima della dialisi before dialysis	nach Dialyse après la dialyse dopo la dialisi after dialysis	Trockengewicht Poids de base Peso secco Dry weight	kg	Max. UF Rate	ml
---	---	---	----	--------------	----

Bemerkungen / Remarques / Nota / Comments
---

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature

