

Anmeldung von dialysepflichtigen Patienten für das KMG Klinikum Güstrow

<p style="text-align: center;">Bitte eine <u>Kopie</u> senden:</p> <p>an das kooperierende Dialysezentrum Güstrow → Fax: 03843 - 34 59 819, Tel. - 34 59 80 und an die Klinik für Neurologische Frührehabilitation → Fax: 03843 – 34 14 21</p>	<div style="border: 1px dashed black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 20px 0;"> ggf. Patientenetikett </div>
--	---

Name:	Vorname:	geb.
-------	----------	------

Nierenversagen: akut chron.	Dialyse seit: _____
Ursache des Nierenversagens / renales Grundleiden: _____	
Urin ml/d: _____	

HBs Ag: _____	AntiHBs: _____	HCV AK: _____
HIVAK: _____	MRSA: _____	
Angaben unbedingt erforderlich, positive Patienten werden nicht übernommen		

Gefäßanschluss:	Ciminofistel	Oberarm/Ellenbeugefistel
	Goretexprothese	getunnelter Venenkatheter
Patienten mit Akutkatheter werden nicht übernommen (Ausnahme: akutes Nierenversagen)		

Anzahl der Dialysen pro Woche: _____	Dialysator: _____
Heparin (Gesamtmenge): _____	Sollgewicht: _____ kg
Fraktioniertes Heparin: _____	
Besonderheiten Dialysat	K: _____ Ca: _____
Medikation zur Dialyse (z.B. EPO, Fe, Vitamine): _____	
Unverträglichkeiten (Dialysemembran, Medikamente): _____	
(es wird nur Bicarbonatdialyse, keine HDF durchgeführt)	

Ansprechpartner zu Dialysefragen im entsendenden Krankenhaus	
Name: _____	Tel.: _____

Einrichtung / Abteilung:	KMG	Versions-Nummer:	001/05.2021	ID: 22601
Prüfer/in:	Mach, Heike	Datum:	18.05.2021	Seite 1 von 1
Bearbeiter/in:	Wenzlaff, Martina	Datum:	18.05.2021	
Freigeber/in:	Bürger, Thomas	Datum:	27.05.2021	