

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

Dialysezentrum Spital Oberengadin
Quatratscha 25 •
CH-7503 Samedan
Tel. +41 (0) 81 851 87 77
dialyse@spital.net



Bitte möglichst 4 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden
Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 4 semaines avant la première dialyse
Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 4 settimane prima dell'inizio della dialisi
Please send application form to holiday dialysis unit 4 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 Téléphone Telefono Phone		

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, ist 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, Hôpital, adresse, téléphone, Ospedale, indirizzo, telefono, Hospital, address, Phone	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	Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	Freitag Vendredi Venerdì Friday
---	-------------------------------------	--	--

Anzahl Dialysen / Woche Traitements / semaine Dialisi / settimana Dialysis sessions / week	HDF <input type="checkbox"/> Prae <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> SN <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 Si Yes	Nein Non No 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

Anti-HBs-Ak	HBsAg	HIV Ag/Ak	Anti-HCV	MRSA	VRE
-------------	-------	-----------	----------	------	-----

⇒ 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)

1 Monate
1 mois
1 mesi
1 month

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	G	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 ²
--	--	---	--	--	----------------

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat Bicarbonato Bicarbonate	<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