

**Anmeldung zur Dialyse**  
**Inscription à la dialyse**  
**Prenotazione per la dialisi**  
**Application for dialysis treatment**



LINDENHOFGRUPPE

Bitte dieses Formular möglichst 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Dialysezentrum senden  
 Prière de renvoyer ce formulaire au Centre de dialyse 5 semaines avant la première dialyse  
 Si prega di rinviare questo formulario al centro dialisi 5 settimane prima dell' inizio della dialisi  
 Please send application form to dialysis unit 5 weeks prior to your first dialysis

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name<br>Nom<br>Cognome<br>Surname   | Vorname<br>Prénom<br>Nome<br>Forename   |  |
| Geburtsdatum<br>Date de naissance<br>Data di nascita<br>Date of Birth   |   |  |
| Privatadresse<br>Adresse privée<br>Indirizzo<br>Home address  | Ferien – Adresse<br>Adresse de vacances<br>Indirizzo durante le vacanze<br>Address during holiday | Dialysezentrum<br>Centre de dialyse<br>Centro dialisi<br>Dialysis unit |
| Strasse<br>Rue<br>Via<br>Street   |   |  |
| PLZ / Ort<br>NP / Lieu<br>NP / Località<br>Postcode / Town  |   |  |
| Telefon / Fax<br>Téléphone / fax<br>Telefono / fax<br>Phone / fax   |   |  |
| Person, die im Notfall verständigt werden soll / Tel.<br>Personne à aviser en cas d'urgence / tél.<br>Persona da avvisare in caso d'urgenza, tel.<br>Person to inform in an emergency / phone |   |  |
| Krankenkasse ( Name, Adresse, Nr. )<br>Caisse maladie ( nom, adresse, no. )<br>Cassa malattia ( nome, indirizzo, no. )<br>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 UE, veuillez commander une attestation d'assurance auprès de votre caisse maladie.  
 Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malattia.  
 For guests coming from EU countries, please bring a proof of health 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<br>Hôpital, adresse, téléphone, fax<br>Ospedale, indirizzo, telefono, fax<br>Hospital, address, phone, fax | Arzt<br>Médecin<br>Dottore<br>Physician |
|---|---|

**Dialyse / Dialyses / Dialisi / Dialysis**

|  |                                     |                          |  |                                       |   |   |  |                          |  |                          |   |                          |
|--|-------------------------------------|--------------------------|--|---------------------------------------|---|---|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Gewünschter Termin<br>Data désirée<br>Data desiderata<br>Date preferred  | von<br>de<br>dal<br>from            | bis<br>à<br>al<br>to     | Gewünschte Zeit<br>Heure désirée<br>Ora desiderata<br>Time preferred | Morgen<br>Matin<br>Mattina<br>Morning | <input type="checkbox"/>  | Nachmittag<br>Après-midi<br>Pomeriggio<br>Afternoon | <input type="checkbox"/>                   |                          |  |                          |   |                          |
| Gewünschte Tage<br>Jours désirés<br>Giorni desiderati<br>Days preferred  | Montag<br>Lundi<br>Lunedì<br>Monday | <input type="checkbox"/> | Dienstag<br>Mardi<br>Martedì<br>Tuesday                              | <input type="checkbox"/>              | Mittwoch<br>Mercredi<br>Mercoledì<br>Wednes   | <input type="checkbox"/>                            | Donnerstag<br>Jeudi<br>Giovedì<br>Thursday | <input type="checkbox"/> | Freitag<br>Vendredi<br>Venerdì<br>Friday | <input type="checkbox"/> | Samstag<br>Samedi<br>Sabato<br>Saturday | <input type="checkbox"/> |
| Anzahl Dialysen / Woche<br>Traitements par semaine<br>Frequenza settimanale della dialisi<br>Dialysis sessions / week  | <b>HDF</b> <input type="checkbox"/> |                          | <b>HD</b> <input type="checkbox"/>                                   |                                       | Dauer / Dialyse<br>Durée de traitement<br>Durata / dialisi<br>Duration / session                      | Stunden<br>Heures<br>Ore<br>Hours                   |  |                          |  |                          |   |                          |
| Haben Sie schon einmal bei uns dialysiert?<br>Avez-vous déjà été dialysé(e) chez nous?<br>Ha già fatto dialisi da noi?<br>Have you already dialysed at our unit? | Ja<br>Oui<br>Sì<br>Yes              | <input type="checkbox"/> | Nein<br>Non<br>No<br>No  | <input type="checkbox"/>              | Wenn ja, in welchem Jahr?<br>Si oui, en quelle année?<br>Se sì, in quale anno?<br>If yes, which year? |   |  |                          |  |                          |   |                          |



**BITTE FOLGENDE KOPIEN BEILEGEN:**

Diagnose / Laborwerte / Infektparameter (HBs-AK / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AK) / Medikamentenliste

**VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE:**

Diagnostics / Résultats de laboratoire / Sérologie (HBs-AC / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AC) / Médicaments

**SI PREGA DI ALLEGARE I SEGUENTI REFERTI:**

Diagnosi / valori del sangue / parametri infettivi (HBs-Ac / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AC) / lista medicinali

**PLEASE ENCLOSE YOUR:**

Diagnosis / laboratory results / infectious status (HBs-AB / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AB) / Medication plan

|   |  |                        |                         |
|---|--|------------------------|-------------------------|
| Allergien<br>Allergies<br>Allergie<br>Allergies                   |  |                        |                         |
| Dialyse seit<br>Dialyse depuis<br>Dialisi da<br>On dialysis since | Transplantationsliste<br>Liste de transplantation<br>Lista per il trapianto<br>Transplant list | Ja<br>Oui<br>Si<br>Yes | Nein<br>Non<br>No<br>No |

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

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Katheter<br>Cathéter<br>Catetere<br>Catheter                       | <input type="checkbox"/>                       | Typ / Lokalisation<br>Type / localisation<br>Tipo / luogo<br>Type / localisation          |  |   |
| Füllvolumen<br>Héparinisation<br>Eparinizzazione<br>Heparinisation | arteriell<br>artériel<br>arteriosa<br>arterial | ml  | venös<br>eineux<br>venosa<br>venous                  | ml  |
|  |  |   | Medikament<br>Médicament<br>Medicinali<br>Medication |   |
| Fistel<br>Fistule<br>Fistola<br>Shunt                              | <input type="checkbox"/>                       | Typ / Lokalisation<br>Type / localisation<br>Tipo / localizzazione<br>Type / localisation |  | Blutfluss<br>Débit sanguin<br>Flusso sangue<br>Blood flow     |
|  |  |   |  | ml/min.   |
| UF-Profil<br>Profil-UF<br>UF-Profilo<br>UF-Profile                 |  |   |  |   |
| Nadel<br>Aiguille<br>Ago<br>Cannula                                | <b>G</b>                                       | 1 Nadel<br>Ponction unique<br>Single Needle   | <input type="checkbox"/>                             | Bemerkungen<br>Remarques<br>Osservazione<br>Remarks           |
|  |  |   |  | Na-Profil<br>Profil-sodium<br>Sodio-profilo<br>Sodium-Profile |

**Filter / Filtre / Filtro / Dialyser**

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

**Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate**

|  |        |                                      |        |  |        |   |        |   |     |
|--|--------|--------------------------------------|--------|--|--------|---|--------|---|-----|
| Bikarbonat<br>Bicarbonat<br>Bicarbonato<br>Bicarbonate | mmol/l | Natrium<br>Sodium<br>Sodio<br>Sodium | mmol/l | Kalium<br>Potassium<br>Potassio<br>Potassium | mmol/l | Kalzium<br>Calcium<br>Calcio<br>Calcium | mmol/l | Glukose<br>Glucose<br>Glucosio<br>Glucose | g/l |
|--|--------|--------------------------------------|--------|--|--------|---|--------|---|-----|

**Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazion / Anticoagulation**

|   |   |    |                                      |    |   |
|---|---|----|--------------------------------------|----|---|
| Heparin<br>Héparine<br>Eparina<br>Heparin | initial<br>initial<br>iniziale<br>initial | IU | kont.<br>continu<br>all'ora<br>cont. | IU | LMWH initial<br>LMWH initial<br>LMWH iniziale<br>LMWH initial |
|---|---|----|--------------------------------------|----|---|

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

|   |   |   |    |  |    |
|---|---|---|----|--|----|
| Vor Dialyse<br>Avant la dialyse<br>Prima della dialisi<br>Before dialysis | Nach Dialyse<br>Après la dialyse<br>Dopo la dialisi<br>After dialysis | Trockengewicht<br>Poids de base<br>Peso secco<br>Dry weight | kg | max. UF Rate<br>Taux UF max.<br>max. UF-rata<br>max. UF-rate | ml |
|---|---|---|----|--|----|

|   |
|---|
| Bemerkungen / Remarques / Note / Comments |
|---|