

Gastdialyse-Patientenanmeldung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Versicherungsdaten (Krankenkasse/Versicherung): _____

Zuweisender Arzt: _____

Adresse Nephrolog:in: _____

1. Nierenerkrankung und Dialysehistorie

- Diagnose der Nierenerkrankung: _____

- Dialysebeginn (Datum): _____

- Art der Dialyse:

- ☐ Hämodialyse
- ☐ Peritonealdialyse

- Dialysefrequenz pro Woche: _____

- Dialysedauer pro Sitzung: _____

- Bevorzugter Dialysezeitpunkt:

- ☐ Morgens
- ☐ Mittags
- ☐ Abends

2. Gefäßzugang

- Art des Zugangs:

- ☐ Fistel
- ☐ Shunt
- ☐ Katheter

- Lokalisation des Zugangs: _____

- Komplikationen mit dem Zugang:

- ☐ Nein
- ☐ Ja, welche: _____

3. Medizinische Vorgeschichte

- Bekannte Begleiterkrankungen:

- ☐ Bluthochdruck (Hypertonie)
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Lebererkrankungen
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Fettstoffwechselstörungen
- ☐ Andere: _____

- Aktuelle Medikation (Bitte bundeseinheitlicher Medikationsplan)

-
- **Allergien (Medikamente, Kontrastmittel, Lebensmittel, etc.):**

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, welche: _____
-

4. Blutdruck und Laborwerte bitte als Kopie

5. Infektionsstatus

- **Bekannte Infektionen (z.B. Hepatitis, HIV):**

- ☐ Nein
 - ☐ Ja, welche: _____

- **Letzte Hepatitis-Impfung (falls bekannt):** _____
-

6. Wünsche und Besonderheiten

- **Gewünschte Unterstützung während der Dialyse (z.B. spezielle Lagerung, Betreuung):**
-

- **Anmerkungen oder besondere Hinweise:**
-

7. Notfallkontakte

- **Notfallkontakt 1 (Name, Beziehung, Telefonnummer):**
-

- **Notfallkontakt 2 (Name, Beziehung, Telefonnummer):**