

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):**