

Bitte dieses Formular 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Dialysezentrum senden: Dialyse@srrws.ch
 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 Nom Cognome Surname

Vorname Prénom Nome Forename

Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth

Privatadresse Adresse privée Indirizzo Home address	Ferien – Adresse Adresse de vacances Indirizzo durante le vacanze Address during holiday	Dialysezentrum - Adresse Centre de dialyse Centro dialisi Dialysis unit
Strasse Rue Via Street		
PLZ / Ort NP / Lieu NP / Località Postcode / Town		
Telefon / Fax Téléphone / fax Telefono / fax Phone / fax		

Person, die im Notfall verständigt werden soll / Tel. Personne à aviser en cas d'urgence / tél. Persona da avvisare in caso d'urgenza, tel. Person to inform in an emergency / phone

Krankenkasse (Name, Adresse, Nr.) Caisse maladie (nom, adresse, no.) Cassa malattia (nome, indirizzo, no.) Health insurance (name, adress, no.)
--

Bei Auslandsdialysen EU, bringen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mit, 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, Telefon, Fax Hôpital, adresse, téléphone, fax Ospedale, indirizzo, telefono, fax Hospital, address, phone, fax	Arzt Médecin Dottore Physician
--	---

Dialyse / Dialyses / Dialisi / Dialysis

Gewünschter Termin Data désirée Data desiderata Date preferred	Von de dal from	Bis à al to	Gewünschte Zeit 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	Dienstag Mardi Martedì Tuesday	Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	Donnerstag Jeudi Giovedì Thursday	Freitag Vendredi Venerdì Friday	Samstag Samedi Sabato Saturday
---	-------------------------------------	---	--	--	--	---

Anzahl Dialysen / Woche Traitements par semaine Frequenza settimanale della dialisi Dialysis sessions / week	HDF <input type="checkbox"/>	Stunden Heures
	HD <input type="checkbox"/>	Ores 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 at our unit?	Ja Oui Si Yes	Nein Non No No	Wenn ja, in welchem Jahr? Si oui, en quelle année? Se si, in quale anno? If yes, which year?
--	------------------------	-------------------------	---

Medizinische Daten / Données médicales / Dati medici / Medical dates

BITTE FOLGENDE KOPIEN BEILEGEN:

→ **Diagnose / Laborwerte / Infektionsparameter (HBs-AK / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AK) / Medikamentenliste**

VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE:

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

SI PREGA DI ALLEGARE I SEGUENTI REFERTI:

→ **Diagnosi / valori del sangue / parametri infettivi (HBs-AK / HBs-Antig. / Anti-HCV / HIV-AK) / lista medicinali**

PLEASE ENCLOSE YOUR:

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

Allergien / Allergies / Allergie / Allergies

Dialyse seit
Dialyse depuis
Dialisi da
On dialysis since

Tranplantationsliste
Liste de transplantation
Lista per il trapianto
Transplant list

Ja
Oui
Si
Yes

Nein
Non
No
No

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 Artériel Arteriosa arterial	ml	Venös Veineux Venosa Venous	ml	Medikament Médicament Medicinali Medication
Fistel Fistule Fistola Shunt	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Blutfluss Débit sanguin Flusso sangue Blood flow	ml/min.	UF-Profil Profil-UF UF-Profilo UF-Profile
Nadel Aiguille Ago Cannula	G	1 Nadel Ponction unique Ago singolo Single Needle	<input type="checkbox"/>	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	Na-Profil Profil-sodium Sodio-profilo Sodium-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	m2
--	---	--	----

Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

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

Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazione / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	Initial Initial Iniziale Initial	IU	Kont. Continu All'ora Cont.	IU	LMWH initial LMWH initial LMWH iniziale LMWH initial
---	---	----	--------------------------------------	----	---

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 Taux UF max. Max. UF-rata Max. UF-rate	ml
---	---	---	----	--	----

Bemerkungen / Remarques / Note / Comments

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature