

A-8970 Schladming  
Salzburger Straße 777  
Telefon +43 (0) 3687 / 2020-4100  
Telefax +43 (0) 3687 / 2020-4800

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

*Bitte möglichst 5 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden.*

*Prrière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 5 semaines avant la première dialyse.*

*Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 5 settimane prima dell'inizio della dialisi.*

*Please send application form to holiday dialysis unit 5 weeks prior to your first dialysis.*

Name Nome Cognome Name
---------------------------------

Vorname Prénom Nome First name	Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of birth
---	---

*Wohnort/Domicile/Domicilio/Domicile*

*Ferien/Vacanes/Vacanze/Holidays*

Strasse Rue Via Street	Strasse Rue Via Street
PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place	PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place
Telefon/Fax Téléphone/Fax Telefono/fax Phone/fax	Telefon 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)  
 Assurance-maladie (nom, adresse)  
 Cassa malati (nome, indirizzo)  
 Health insurance (name, address)

*Ihr Dialysezentrum/Votre centre de dialyse/Il vostro centro dialisi/Your dialysis unit*

Spital, Adresse, Telefon, Fax Hopital, adresse, téléphone, fax Ospedale, indirizzo, telefono, fax Hospital, address, phone, fax	Arzt Médecin Dottore Physician
--	---

*Ferendialyse/Dialyses en vacances/Dialisi in vacance/Dialysis on holiday*

Gewünschter Termin Date désirée Data desiderare Date preferred	von de dal from	bis à al to	Gewünschte Zeit L'heure désirée Ora desiderate Time preferred	Morgens 7.30 Matin <input type="checkbox"/> Mattina Morning	Mittags 13.30 Midi <input type="checkbox"/> Pranzo Lunch
---	--------------------------	----------------------	--	--	---

Gewünschte Tage Jours désirée Giorni desiderati Days preferred	Montag <input type="checkbox"/> Lundi Lunedì Monday	Dienstag <input type="checkbox"/> Mardi Martedì Tuesday	Mittwoch <input type="checkbox"/> Mercredi Mercoledì Wednesday	Donnerstag <input type="checkbox"/> Jeudi Giovedì Thursday	Freitag <input type="checkbox"/> Vendredi Venerdì Friday	Samstag <input type="checkbox"/> Samedi Sabato Saturday
---	--	--	---	---	---	--

Anzahl Dialysen/Woche Traitements/semaine Dialisi/settimana Dialysis sessions/week		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 gia fatto dialisi da noi ? Have you already dialysed in our unit?	Ja <input type="checkbox"/> Qui Si Yes	Nein <input type="checkbox"/> Non No No	Wenn ja, im welchem Jahr? Si oui, en quelle année? Se si, quale anno? If yes, in which year?
--	---	--	---

*Medizinische Daten/Données médicales/Dati medici/Medical dates*

Diagnosen/Diagnostic/Diagnosi/Diagnosis
Allergien/Allergies/Allergie/Allergies

HB-s-AK	HB-s-Antlg.	HIV-AK	Anti-HCV
HB-s-AC	HB-s-Antlg.	HIV-AC	Anti-HCV

- Bitte Kopie der letzten Laborresultate belegen (nicht älter als 6 Wochen!)
- Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguis (ne pas plus anciens que 6 semaines!)
- Si prega aggiungere gli ultimi risultati del sangue (non più vecchi di 6 settimane!)
- Please enclose your last blood results (not older than 6 weeks!)

Dialyse seit		Transplantationsliste	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialyse depuis		Liste de transplantation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dialisi da		Lista di trapianti	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
On dialysis since		Transplant list	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

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

Katheter <input type="checkbox"/>	Typ/Lokalisation			
Cathéter	Type/localisation			
Catetere	Tipo/luogo			
Catheter	Type/localisation			
Füllvolumen	Arteriell	ml	Venös	ml
Héparinisation	Artère	(U/ml)	Veine	(U/ml)
Esparinizzazione	Arteriosa		Venosa	
Heparinisation	Arterial		Venous	

Fistel	Typ/Lokalisation		
Fistule	Type/localisation		
Fistola	Tipo/luogo		
Shunt	Type/localisation		
Nadel	1-Nadel <input type="checkbox"/>	Bemerkung	
Aiguille	Gauge Unipuncture	Remarques	
Ago	Dializza ago singolo	Osservazione	
cannula	Single Needle	Remarks	

*Filter/Filtra/Filtro/Dialyser*

Dialysator	Material der Membran	Oberfläche
Filtre	Type de membrane	Surface
Filtro	Tipo di membrano	Superficie
Dialyser	Type of membrane	Surface

*Dialysat/Dialysat/Liquido di dialisi/Dialysate*

Azetat	<input type="checkbox"/>	Bikarbonat	Natrium	mmg/l	Kalium	mmg/l	Kalzium	mmg/l	Glukose	mmg/l
Acetat		Bicarbonat	Sodium		Potassium		Calcium		Glucose	
Acetato		Bicarbonato	Sodio		Potassio		Calio		Glucosio	
Acetate		Bicarbonate	Sodium		Potassium		Calcium		Glucose	

*Antikoagulation/Anticoagulation/Antigcoagulazione/Anticoagulation*

Heparin	Initial		Kont.		Fragmin	Initial	
Hèparine	Charge	IU	Entretien	IU	Fragmin	Charge	IU
Eparina	Iniziale		All'ora		Fragmin	Iniziale	
Heparin	Bolus		Cont.		Fragmin	Bolus	

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

Vor Dialyse	Nach Dialyse	Trockengewicht	kg
Avant la dialyse	Après la dialyse	Poids de base	
Prima della dialisi	Dopo la dialisi	Peso secco	
Before dialysis	After dialysis	Dry weight	

Bemerkungen/Remarques/Nota/Comments
-------------------------------------

\_\_\_\_\_  
Datum/Date/Data/Date

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Signature/Firma/Signature