

Adresse:



## ANTRAG/KRANKENBERICHT ZUR ERHOLUNGSDIALYSE

### I. Patient identification data

Vor- und Zuname: ..... PKZ: .....

Code der Krankenversicherung (bei Patienten, die bei keiner vertraglichen Krankenversicherung versichert sind, die Zahlungsweise: .....

Erholungsbehandlung von – bis: .....

Ständiger Wohnsitz: .....

Aufenthaltsadresse bei der Erholungsdialyse + Telefon: .....

Geplante Beförderungsweise zur Erholungsdialysebehandlung: .....

Bevorzugte Tage und Schichten: Mo  Die  Mi  Do  Frei  Sa  morgens  nachmittags  abends

### II. Dialysevorschrift

Typ der Leistung: HD  HDF  Dialysator .....

Dialyseregime: ..... mal wöchentlich an den Tagen: .....

Dauer der Leistung: ..... Stunden Trockengewicht ..... kg Übliche gesamte UF ..... ml

Vaskulärer Eintritt: .....

Dialylenadeln: ... G Blutdurchfluss .....ml/Min Heparinisierung: .....

Ultrafiltrationsprofil: ja  nein  Profile: ja  nein

Dialyselösung: Na: ..... K: ..... Ca: ..... Gluk: .....

Eventuelle Komplikationen bei der HD: .....

Spezielle Maßnahmen im Verlauf der Dialyse: .....

### III. Diagnostische Zusammenfassung

.....  
.....  
.....  
.....

