

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

Dialysezentrum Spital Oberengadin  
Via Nouva 3 / 4. Etage  
CH-7503 Samedan  
Tel. +41 (0) 81 851 87 77  
dialyse@spital.net



Bitte möglichst 4 Wochen vor der ersten Dialyse an das Feriendialysezentrum senden  
Prière de renvoyer ce formulaire au centre de dialyse de vacances 4 semaines avant la première dialyse  
Si prega di rinviare questo formulare al centro dialisi del luogo di vacanze 4 settimane prima dell'inizio della dialisi  
Please send application form to holiday dialysis unit 4 weeks prior to your first dialysis

Name Nom Cognome Name	Vorname Prénom Nome First name
--------------------------------	---

Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth	Ferien – Adresse Adresse de vacances Indirizzo di vacanze Address to holiday	Ferien – Dialysezentrum Centre de dialyse de vacances Centro dialisi di vacanze Holiday dialysis unit
Strasse Rue Via Street		
PLZ/Ort NP/Lieu NP/Località Place		
Telephon 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, Nr. )  
Caisse maladie ( nom, adresse, no. )  
Cassa malati ( nome, indirizzo, no. )  
Health insurance ( name, address, no. )

Bei Auslandsdialysen EU, wollen Sie bitte einen Versicherungsnachweis mitbringen, ist bei Ihrer Krankenkasse erhältlich.  
En cas de dialyses à l'étranger EU, veuillez commander une attestation d'assurance à votre caisse maladie.  
Nel caso di dialisi all'estero CE, vi preghiamo di portare un attestato di assicurazione, ottenibile presso la vostra cassa malati.  
For guests coming from EU countries, please bring a proof of insurance with you, available from your health insurance.

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

Spital, Adresse, Telephon, Hôpital, adresse, téléphone, Ospedale, indirizzo, telefono, Hospital, address, Phone	Arzt Médecin Dottore Physician
--	---

**Feriendialyse / Dialyses en vacances / Dialisi in vacanze / Dialysis on holiday**

Gewünschter Termin Date désirée Data desiderata Date preferred	Von de dal from	Bis à al to	Gewünschte Zeit L'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	Mittwoch Mercredi Mercoledì Wednesday	Freitag Vendredi Venerdì Friday
---	-------------------------------------	--	--

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

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

Diagnose Diagnostics Diagnosi Diagnosis
--

Allergien Allergies Allergie Allergies
---

Anti-HBs-Ak	HBsAg	HIV Ag/Ak	Anti-HCV	MRSA	VRE
-------------	-------	-----------	----------	------	-----

⇒ Bitte Kopie der letzten Laborresultate beilegen (nicht älter als) 1 Monate  
 ⇒ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins (ne pas plus anciens que) 1 mois  
 ⇒ Si prega di aggiungere gli ultimi risultati del sangue (non più vecchi di) 1 mesi  
 ⇒ Please enclose your last blood results (no older than) 1 month

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

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

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

Fistel Fistule <input type="checkbox"/> Fistola Shunt	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Blutfluss Flux sang. Flusso sang. Blood flow	UF – Profile
Nadel Aiguille Ago Cannula	<b>G</b>	1. – Nadel Unipuncture <input type="checkbox"/> Single Needle Single Needle	Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks Na – 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 m <sup>2</sup>
--	---	--

## Dialysat / Dialysat / Liquido di dialisi / Dialysate

Bikarbonat Bicarbonat <input type="checkbox"/> Bicarbonato Bicarbonate	Natrium Sodium Sodio Sodium mmol/l	Kalium Potassium Potassio Potassium mmol/l	Kalzium Calcium Calcio Calcium mmol/l	Glukose Glucose Glucosio Glucose mmol/l
---	--	--	---	---

## Antikoagulation / Anticoagulation / Antikoagulazione / Anticoagulation

Heparin Héparine Eparina Heparin	initial charge iniziale Bolus IU	kont. entretien all'ora cont. IU	Fragmin Fragmin Fragmin Fragmin	initial charge iniziale Bolus IU
---	---	--	--	---

## 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 ml
---	---	---	--------------------

Bemerkungen Remarques Nota Comments
--

Datum / Date / Data / Date

Unterschrift / Signature / Firma / Signature