

ANMELDUNG ERSTDIALYSE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie als neue(r) Dialysepatient(in) problemlos bei uns einzuplanen, bitten wir Sie um Folgendes:

1. Im Vorfeld an uns senden:

- **Dialyseregime (incl. Dialyseparameter, max. 1 Jahr alte Hepatitis- und HIV-Serologie, Vordiagnosen und aktueller Medikationsplan)** Ihrer bisherigen Heimdialyse oder aus dem Krankenhaus
- **Letzter Krankenhaus-Entlassungsbrief**
- Diesen **ausgefüllten Fragebogen**

2. Mitbringen zur ersten Dialyse:

- Ihre **Chipkarte + ggf. Zuzahlungsbefreiung**
- Ggf. **Überweisungsschein** Ihrer bisherigen Heimdialyse
- Ggf. **Pflegegrad Nachweis** (siehe unten)
- Ggf. **Merkzeichen Schwerbehinderung** (siehe unten)
- Ggf. **Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht** (siehe unten)

Für welchen Standort möchten sie sich anmelden? Bitte ankreuzen	
☐	☐
Standort Weimar Nephrologische Praxis und Dialyse Henry-van-de-Velde-Str. 1 99425 Weimar Dialysezeiten	Standort Apolda Nephrologische Zweigpraxis und Dialyse Jenaer Str. 66 99510 Apolda



Montag bis Samstag 6.30 – 17.30 Uhr	Dialysezeiten Montag / Mittwoch / 6.30 – 22.30 Uhr Freitag
Sprechzeiten Montag 8.00 – 13.00 Uhr und 15.00 – 17.00 Uhr Dienstag 8.00 – 13.00 Uhr Mittwoch 8.00 – 13.00 Uhr Donnerstag 8.00 – 13.00 Uhr Freitag 8.00 – 11.00 Uhr	Sprechzeiten Montag 8.00 – 13.00 Uhr Mittwoch 8.00 – 13.00 Uhr Freitag 8.00 – 11.00 Uhr
Kontakt Tel.: 03643 59619 Fax: 03643 510025	Kontakt Tel.: 03644 516805 Fax: 03644 516813

Daten zu Ihrer Person

Name	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
Straße	
Wohnort, PLZ	

Von welchem Dialysezentrum wurden Sie bisher betreut? / In welchem Krankenhaus wurden Sie bisher dialysiert?

Name	
Adresse	



Telefonnummer	
Betreuende/r Arzt/Ärztin	
Bemerkungen	
Ab wann möchten Sie bei uns dialysiert werden?	
Datum Beginn	
Wie erreichen Sie unser Dialysezentrum? Selbstfahrer/ Taxi? (Gerne unterstützen wir Sie bei der Suche eines geeigneten Taxiunternehmens)	

Wie mobil sind Sie? Benötigen Sie einen Rollstuhl/ Rollator etc.?

Ist ein selbstständiges Umsetzen z.B. vom Rollstuhl ins Bett möglich?

Haben Sie Infektionserkrankungen (z.B. MRSA, VRE, Hepatitis)?
Wenn ja, welche?



Haben Sie Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten?

Liste Allergien

Gibt es andere Besonderheiten, die wir für Ihre Dialyse wissen müssen?

Welchen Angehörigen dürfen wir Auskunft geben (Aufhebung der Schweigepflicht)?

Name

Verhältnis

Telefon

Gibt es weitere Betreuer, denen wir Auskunft geben dürfen (Aufhebung der Schweigepflicht)?

Name

Verhältnis

Telefon

Haben Sie einen Behindertenausweis/Schwerbeschädigtenausweis?

Ja

☐

Nein

☐



Welche Merkzeichen haben Sie? (Bitte zum Kopieren mitbringen)

Merkzeichen

Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja welchen? (Bitte zum Kopieren mitbringen)

Pflegegrad

Haben Sie einen betreuenden Pflegedienst?

Name

Adresse

Telefonnummer

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung/
Betreuungsurkunde? (Bitte zum Kopieren mitbringen)

Ja

☐

Nein

☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen verstanden habe und ausreichend über die aufgeführten Dinge informiert und mir ausreichend Bedenkzeit zugestanden wurde. Abgegebene Erklärungen können von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift