

Erstinformationen für assistierte Dialyse

Persönliche Daten des Patienten

Name: Vorname:

Aktuelle Adresse:

Familienstand:

Angehörige/Kontaktperson: Tel.:

Betreuer/in: Tel.:

Behandelnde/r Nephrologe/in:..... Tel.:

Pflegegrad: nein ja, welche:..... beantragt Patientenverfügung: ja nein

Krankenkasse :.....

Leistungsumfang

<input type="checkbox"/> Peritonealdialyse
<input type="checkbox"/> Heimhämodialyse
<input type="checkbox"/> Verbandswechsel
<input type="checkbox"/> Kontrolle Vitalzeichen
<input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle
<input type="checkbox"/> Protokolle
<input type="checkbox"/> Medikamenteneingabe

O Sonstiges

Papiere / Dokumente

Behandlungsverordnung nach SGB V

Arztbrief

Weitere Informationen :