



#### Einweisender Arzt

NAME	GGF. ORT
TELEFON	

#### Patient

NACHNAME	VORNAME
GEBURTSDATUM	VERSICHERUNG <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
TELEFON	

#### Einweisungsgrund

VERDACHT / DIAGNOSE	AUFKLÄRUNG? <input type="checkbox"/> bereits erfolgt (bitte mitgeben !)
AUFTRAG <input type="checkbox"/> PD-Katheter-Implantation <input type="checkbox"/> PD-Katheter-Explantation <input type="checkbox"/> PD-Katheter-Wechsel	

#### Wichtige Vorerkrankungen und Risikofaktoren

VOR- UND BEGLEITERKRANKUNGEN <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Demenz	RISIKOFAKTOREN <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> anderer Plättchenhemmer <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> NOAK <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> MRSA
--	---

#### Checkliste vor PD-Katheterimplantation:

Welches PD-System wird gewünscht? _____
Häusliche Voraussetzungen geklärt ?
Antikoagulation pausiert / abgesetzt ?
Wer trainiert den Patienten (UKW? / Zentrum selbst?) _____

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax an 0931-201-639 300    *oder*  
per mail an [nephrologie@ukw.de](mailto:nephrologie@ukw.de)

Herzlichen Dank !