

## PATIENTENINFORMATIONEN

Blutgruppe/Rh-Faktor .....

ABO Rh-pos (D+)/Rh-neg (D-).....

.....

Rh-Formel .....

Antikörper .....

HBs neg./pos .....

HBs-AK neg./pos .....

Aktive Hepatitis B-Impfung  ja  nein

Bluthochdruck .....

Diabetes .....

Herzinfarkt, KHK .....

Herzschrittmacher .....

Sonstige Erkrankungen .....

.....

.....

.....

## HINWEISE FÜR DEN PATIENTEN

Den Katheterverband nicht öffnen!  
Nur in Ausnahmefällen, nach Absprache  
mit dem behandelnden Arzt und Pflegepersonal!

Den Katheterverband vor Nässe und  
Verschmutzung schützen!

Den Katheterverband nicht mechanisch  
belasten! Z.B. beim An- und Auskleiden,  
vorsichtiges An- und Ablegen der Sicherheitsgurte.

Niemals mit scharfen Gegenständen  
(Scheren, Metallklemmen usw.) am  
Katheter/Verband manipulieren!

Bei Auffälligkeiten ( z. B. Nässe oder Blut am/im  
Verband, Ablösung des Verbandes usw. ) unverzüglich  
das behandelnde Zentrum oder die nächste Klinik  
aufsuchen!

Den Katheterpass immer bei sich tragen!

Den Katheterpass finden Sie auch als Download auf  
unserer Homepage [akut-dialyse.de](http://akut-dialyse.de).

### Achim Schulz-Lauterbach Vertrieb med. Produkte GmbH

Langer Brauck 15 · D-58640 Iserlohn  
Tel.: +49 (0) 2371 9763-0 · Fax: +49 (0) 2371 44919  
[www.akut-dialyse.de](http://www.akut-dialyse.de) · [info@akut-dialyse.de](mailto:info@akut-dialyse.de)

Theresiengasse 11 · A-1180 Wien  
Tel.: +43 (0) 1 4030858-0 · Fax: +43 (0) 1 4030858-18  
[www.akut-dialyse.at](http://www.akut-dialyse.at) · [info@akut-dialyse.at](mailto:info@akut-dialyse.at)

## HÄMODIALYSE-KATHETER-PASS

### Patient

Vorname .....

Name .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

.....

Telefon .....

### Im Notfall bitte informieren

Vorname .....

Name .....

Telefon .....

Adresse .....

.....

### Zur Transplantation angemeldet

ja  nein

Zentrum .....

## KATHETERTYP

### Langzeit (Vorhofkatheter)

Einlumen  Doppellumen

gekürzt um (mm) .....

### Kurzzeit (Shaldon-Katheter)

Einlumen  Doppellumen  Dreilumen

Kathetertyp .....

Lot-Nr. (Chargen Nr.) .....

### Gefäßzugang über die

Vena Jugularis re  li

Vena Subclavia re  li

Vena Femoralis re  li

Anlagedatum .....

Klinik .....

Operateur .....

Klinikstempel/-Adresse

## KATHETER / DIALYSEDATEN

Katheter relevante Diagnose (z.B. HIT) .....

.....

.....

Blocklösung .....

Füllvolumen .....

Sollgewicht (kg) .....

Dialysedauer/Zeit .....

Dialysat .....

Gefäßzugang .....

Antikoagulation init .....

kont./h (I.E.) .....

Dialysezyklus  Mo-Mi-Fr  Di-Do-Sa

### Behandelndes Dialysezentrum

Ansprechpartner .....

.....

Notfallnummer .....

Stempel/Adresse

## REGELMÄSSIGE MEDIKATION

Antidepressiva .....

Nitrate .....

Phosphatbinder .....

Eisenpräparat .....

Diuretika .....

Herzglycosid .....

Vitamin D .....

Calcium .....

rhEPO .....

IE/kg Körpergewicht .....

Sonstige Medikamente .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....