

**Kantonsspital Graubünden**  
 Departement Innere Medizin  
**Nephrologie / Dialysestation**  
 Loëstrasse 170  
 CH-7000 Chur

Tel.: +41 (0)81 256 63 40 Dialysestation  
 Fax: +41 (0)81 256 75 62 Dialysestation  
 E-Mail : [nephrologie@ksgr.ch](mailto:nephrologie@ksgr.ch)  
[www.ksgr.ch](http://www.ksgr.ch)

## Anmeldung Feriendialyse

Inscription pour des dialyses en vacances

Iscrizione per la dialisi in vacanza

Application for dialysis treatment on holiday

**Bitte Formular möglichst 4 Wochen vor der ersten Feriendialyse zusenden**

Prière de renvoyer ce formulaire de dialyse de vacances 4 semaines avant la première dialyse

Si prega di inviare questo formulario per la dialisi in vacanza 4 settimane prima dell'inizio della dialisi

Please send the application form to the holiday dialysis unit 4 weeks prior to your first dialysis

### Personalien

Name Nom Cognome Name	Vorname Prénom Nome First name	Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of birth
--------------------------------	---	---

### Privatadresse / L'adresse privée / Indirizzo / Home address

### Ferien / Vacances / Vacanza / Holiday

Strasse Rue Via Street		Strasse Rue Via Street	
PLZ/Ort NP/Lieu CAP/Località Place		PLZ/Ort NP/Lieu CAP/Località Place	
Telephon Téléphone Telefono Phone		Telephon Téléphone Telefono Phone	
E-Mail			

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 be contacted in an emergency / phone

Krankenkasse (Name, Adresse, Nr.)  
 Caisse maladie (nom, adresse, no.)  
 Cassa malati (nome, indirizzo, no.)  
 Health insurance (name, address, no.)

Dialysegäste aus der EU bitten wir einen Versicherungsnachweis mitzubringen. Sie erhalten diesen bei Ihrer Krankenkasse. Bei Patienten mit einer privaten Versicherung oder bei Patienten, die ausserhalb der EU versichert sind, ist eine Depotleistung im Voraus nötig und kann von der Krankenkasse nach Heimkehr zurückgefordert werden.

Nous demandons aux patients en dialyse originaires de l'UE d'apporter une preuve d'assurance. Vous pouvez l'obtenir auprès de votre caisse d'assurance maladie. Pour les patients disposant d'une assurance privée ou pour les patients assurés en dehors de l'UE, une caution est nécessaire à l'avance et peut être remboursée auprès de la compagnie d'assurance maladie après le retour à domicile.

Chiediamo ai pazienti in dialisi provenienti dall'UE di portare con sé una conferma dell'assicurazione, che si può ottenere dalla propria compagnia di assicurazione sanitaria. Per i pazienti con un'assicurazione privata o per i pazienti che sono assicurati al di fuori dell'UE, è richiesto il pagamento anticipato di un deposito che può essere riscosso presso la compagnia di assicurazione sanitaria dopo il ritorno a casa.

We kindly ask dialysis guests from EU countries to bring a proof of insurance with them, which can be obtained from the health insurer. For patients with private insurance or for patients who are insured outside the EU, a deposit payment is required in advance which can be reclaimed from the health insurance company after returning home.

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

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

## Ferientdialyse / Dialyses en vacances / Dialisi in vacanza / 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	Vormittag Matin Mattina Morning	Nachmittag Après midi Pomeriggio Afternoon	
Gewünschte Tage Jours désirés Giorni desiderati Days preferred	Montag Lundi	Dienstag Mardi	Mittwoch Mercredi	Donnerstag Jeudi	Freitag Vendredi	Samstag Samedi
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"/> Single needle <input type="checkbox"/>		Dauer Dialyse Durée de traitement Durata dialisi Duration session	Stunden Heures Ore Hours		

- ⇒ Bitte Kopie der letzten 3 Dialyseprotokolle spätestens 2 Wochen vor Ferientdialyse zusenden
- ⇒ Veuillez envoyer la copie des 3 derniers protocoles avant des dialyses en vacances
- ⇒ Si prega di spedire gli ultimi 3 protocolli della dialisi due settimane prima dell'inizio della dialisi in vacanza
- ⇒ Please send your latest 3 journals of kidney dialysis bevor the dialysis on holiday

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

Diagnosen- und Medikamentenliste (bitte separat beilegen) Diagnostic médical et médication (veuillez joindre s.v.p.) Diagnosi e farmaci (si prega di allegare) Diagnosis and current medication (please attach separately)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ESA-Präparat Préparation ESA Integratore ESA ESA medication		Verabreichungsfrequenz Fréquence d'application Frequenza dell'applicazione Frequency of application		Datum der letzten Gabe Date de la dernière application Ultima data di somministrazione Last date of application	
Eisen-Präparat Supplément en fer Integratore di ferro Iron medication		Verabreichungsfrequenz Fréquence d'application Frequenza dell'applicazione Frequency of application		Datum der letzten Gabe Date de la dernière application Ultima data di somministrazione Last date of application	

Allergien Allergies Allergie Allergies
---

Anti-HBs-Antikörper	HB-s-Antigen	HIV-Antikörper	anti-HCV-Antikörper	MRSA-Nasen-/Rachenabstrich
---------------------	--------------	----------------	---------------------	----------------------------

- ⇒ Bitte Kopie der letzten Laborresultate beilegen (nicht älter als 6 Wochen)
- ⇒ Veuillez joindre la copie des derniers résultats sanguins de moins de 6 semaines
- ⇒ Si prega di aggiungere gli ultimi risultati delle analisi del sangue (non più vecchi di 6 settimane)
- ⇒ Please enclose your latest blood results (not older than 6 weeks)

## Dialysemodalitäten

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

Katheter Cathéter Catetere Catheter	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Katheterblocklösung Solution bouchon du cathéter Soluzione blocco cateteri Catheter lock solution
Füllvolumen Héparinisation Eparinizzazione Heparinisation	Arteriell Artère Arteriosa Arterial	ml ( IU/ml )	Venös Veine Venosa Venous ml ( IU/ml )
Fistel Fistule Fistola Shunt	<input type="checkbox"/>	Typ / Lokalisation Type / localisation Tipo / luogo Type / localisation	Blutfluss Flux sang. Flusso sang. Blood flow
Nadel Aiguille (Gauge) Ago Cannula		1 – Nadel Uniponcture Single Needle Single Needle	<input type="checkbox"/>
		Bemerkungen Remarques Osservazione Remarks	

**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 / Liquide de dialyse / Liquido di dialisi / Dialysis fluid**

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 / Anticoagulazione / 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
---	--	----	--	----	--	--	----

Andere Antikoagulation Autres anticoagulants Anticoagulazione alternativa Other anticoagulation		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****Beilagen/Checkliste (Annexes/Allegati/Attachments)**

<b>Dringend erforderliche Dokumente</b>	<input type="checkbox"/>	Diagnosenliste (liste des diagnostics médical, lista delle diagnosi, list of diagnosis)
	<input type="checkbox"/>	Medikamentenliste (médication, lista dei farmaci, current medication)
Documents très nécessaire	<input type="checkbox"/>	Kopie Krankenkassenkarte (carte d'assurance maladie, tessera sanitaria, health insurance card)
	<input type="checkbox"/>	Die 3 letzten Dialyseprotokolle (bis 2 Wochen vor Feriendialyse zusenden, <b>das letzte Dialyseprotokoll zur 1. Feriendialyse mitbringen</b> )
Documenti molto necessario	<input type="checkbox"/>	Laborwerte (résultats sanguins, risultati delle analisi del sangue, blood results):
	<input type="checkbox"/>	aktuelles Blutbild, C-reaktives Protein (CRP), Kalium, Phosphat, Calcium
	<input type="checkbox"/>	Hepatitis- und HIV- Serologien (HBV, HCV, HIV nicht älter als 6 Monate), <b>bitte teilen Sie uns bei Terminabsprache mit, falls Sie an relevanten Infektionskrankheiten leiden (Hepatitis B, C, HIV)</b>
Urgently required documents	<input type="checkbox"/>	MRSA (ausländische Patient:innen): RSA (Nasen-/Rachenabstrich) ESBL/CPE/VRE