



GAST/URLAUBS-DIALYSE

Wir bieten in unseren 4 Dialysestationen Dialyseplätze für Patienten an, die in unserer Region Urlaub machen, Familie oder Freunde besuchen.

Bevor Sie zu uns kommen, benötigen wir die medizinischen Informationen über Ihre bisherige Behandlung und eine Telefonnummer, um mit Ihnen die Behandlungszeiten abzusprechen. In der Regel erhalten Sie den erforderlichen Begleitbericht durch Ihren betreuenden Dialysearzt. Generell haben wir auch Plätze für Patient:Innen mit infektiösen Erkrankungen (MRSA, VRE, 3/4MRGN, Hepatitis, HIV, Corona) – bitte sprechen Sie uns an. Einen Eindruck über unsere Dialysestationen können wir Ihnen auf diesen Seiten unter Standort geben.

Wir freuen uns auf Sie!

Siegburg Praxis-Sprechstunden

Mo. – Fr.: 8 – 12 Uhr
Mo. + Do.: 14 – 17 Uhr

☎ 02241 – 59 64 30

☎ 02241 – 59 64 50

Während der Dialysezeiten

Mo., Mi. + Fr.: 6:30 – 22 Uhr
Di., Do. und Sa.: 6:30 – 13 Uhr

☎ 02241 – 59 64 0

☎ 02241 – 59 64 50

Eitorf Praxis-Sprechstunden

Mi. + Fr.: 13 – 17 Uhr

☎ 02241 – 59 64 0

☎ 02241 – 59 64 50

Außerhalb der Sprechstunden

☎ 02241 – 180

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

☎ 116 117

Rettungsdienst / Notarzt

☎ 112





FERIENDIALYSE (GASTPATIENT)

Name:	_____	Kontakt am Urlaubsort:	_____
Straße:	_____	Straße:	_____
Wohnort:	_____	Wohnort:	_____
Telefon:	_____	Heimatzentrum:	_____
Fax:	_____	Telefonnummer Heimatzentrum:	_____
		Telefon am Urlaubsort:	_____
		Fax:	_____

DIALYSESCHICHT

Mo/Mi/Fr Di/Do/Sa sonstige Schicht

Wunschzeit: _____ (wir versuchen diese zu ermöglichen)

FERIENDIALYSE BEI UNS

Erste Dialyse bei uns: _____ Letzte Dialyse bei uns: _____

NOTWENDIGE UNTERSUCHUNGEN

Hepatitis B: anti-HBs, anti-HBc (nicht älter als 6 Monate)
Hepatitis C: anti-HCV(nicht älter als 6 Monate)
HIV: AK-Bestimmung wenn < 70 Jahre
MRSA: Nasen-Rachen Abstrich (nicht älter als 2 Wochen)
COVID: Rachen-PCR bis 72h oder Nachweis geimpft/genesen

Gefäßzugang: Shunt Katheter

Hepatitis B

ja nein

Hepatitis C

ja nein

MRSA

ja nein

BESONDERHEITEN (z.B. Rollstuhlfahrer): _____

Patienten bitten, die Dialyseunterlagen des Heimatzentrums an uns zu faxen. Unsere Fax-Nummer: 02241/5964-53

FÜR DEN INTERNEN VERMERK

FD-Bestätigung erledigt (Brief) ja nein

Eintragung der FD in den Kalender erledigt ja nein

Patient bitten, sich vor der ersten FD bei uns telefonisch zu melden zwecks genauer Zeitabsprache

Name der Pflegekraft: _____