



**Gemeinschaftspraxis
für Innere Medizin und Dialyse
Friedrichshafen**

Gemeinschaftspraxis Innere Medizin & Dialyse, Röntgenstr. 14, 88048 Friedrichshafen

Dialyse Ravensburg:

Angerstr. 7-9
88213 Ravensburg
T: 0751-791508-0 / F: -9
drv@internisten-fn.de

Dialyse Friedrichshafen:

Frau Heike Michel
(MFA/Stationssekretärin)
T: 07541-9218-723, F: -150
feriendialyse@internisten-fn.de

Tagesdatum

Dr. Birgit Euchenhofer

T: 07541/-9218-211
Ärztin für Innere Medizin, Hämatologie,
Onkologie,
Gastroenterologische Endoskopie

Dr. Joachim Schlenker

T: 07541/9218-411
Arzt für Innere Medizin,
Kardiologie, Koronarangiographie,
Angiologische Diagnostik

Almut Köster *

T: 07541/9218-211
Ärztin für Innere Medizin,
Gastroenterologie (inkl. Onkologie),
Tropenmedizin

Dr. Anna Ziegler

T: 07541/9218-411
Ärztin für Innere Medizin, Nieren- und
Hochdruckkrankheiten, Notfallmedizin,
Diabetologie

Dr. Geraldine Zeller

T: 07541/9218-411
Ärztin für Innere Medizin, Nieren- und
Hochdruckkrankheiten,
Ernährungsmedizin, Diabetologie

Dr. Andreas Burger

T: 07541/9218-411
Arzt für Innere Medizin,
Nephrologie, Notfall- u. Intensivmedizin

Dr. Klaus-Peter Uehlein

T: 07541/9218-211
Arzt für Innere Medizin,
Pneumologie, Schlafmedizin,
Notfallmedizin

Dr. Dominik Scharnbeck

T: 07541/9218-411
Arzt für Innere Medizin und
Kardiologie, Sportmedizin, Kardio-MRT,
Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit
angeborenen Herzfehlern

Dr. Matthias Wacker

T: 07541/9218-211
Arzt für Innere Medizin,
Nephrologie, Hypertensiologie (DHL)

PD Dr. Susanne Röger *

T: 07541/9218-411
Ärztin für Innere Medizin und
Kardiologie, Notfallmedizin,
Intensivmedizin

Dr. Judith Bucher

T: 07541/9218-411
Ärztin für Innere Medizin, Nephrologie
Hochdruckkrankheiten, Diabetologie,
Ernährungsmedizin, Notfallmedizin

* angestellte Ärztin

hiermit bestätigen wir Ihre Feriendialysetermine in Friedrichshafen.

Erste Dialyse: Uhrzeit: Uhr

Letzte Dialyse: Uhrzeit: Uhr

Im Rhythmus: Montag / Mittwoch / Freitag

Um einen reibungslosen Verlauf Ihrer Gastdialyse zu ermöglichen, bitten wir um Beachtung nachfolgender, wichtiger Punkte:

Bitte spätestens 4 Wochen vor Reiseantritt an uns faxen / mailen / senden:

- Dialyseregime (mit allen wichtigen Diagnosen und Dialyseparametern)
- Medikamentenplan
- aktueller Laborbogen (inkl. HBs-AK, HBs-Ag, Anti-HCV, HIV nicht älter als sechs Monate). Die Behandlungen von Hepatitis-B- / -C- und HIV- positiver Patienten ist nach Absprache möglich.
- waren Sie in den letzten 6 Monaten vor Reiseantritt, 1 Woche, stationär im Krankenhaus, benötigen wir einen aktuellen MRSA-Abstrich (Nase/Rachen)
- beigefügtes Diagnoseblatt

Am 1. Dialysetag in unserem Zentrum mit zu bringen:

- Versicherungskarte der Krankenkasse und Überweisungsschein
- alle benötigten Medikamente zur Dialyse (insbes.: Erypo, Abseamed o.ä., Eisenampullen) und die Medikamente, welche Sie sonst einnehmen müssen
- ggfls. Kopfhörer mit Verlängerungskabel zum Fernsehen

Sollten Sie mit dem Taxi zur Dialyse fahren, müssen Sie einen Transportschein, mit Genehmigung von der Krankenkasse, dem Taxifahrer am 1. Dialysetag abgeben.

Vielen Dank und schöne Grüße vom Bodensee

Heike Michel
(Stationssekretärin)

**QuasiNet-Diagnosen zur Übertragung in den Dialyse-Manager,
sowie wichtige/notwendige Angaben**

FERIENDIALYSE

(Bitte spätestens 4 Wochen vor Reiseantritt zurück faxen oder schicken!)

Grundkrankheit

(nur eine Auswahl möglich)

<input type="checkbox"/>	Systemerkrankung
<input type="checkbox"/>	Diabetische Nephropathie
<input type="checkbox"/>	Vaskuläre Nephropathie (z. B. Nephrosklerose, Nast)
<input type="checkbox"/>	Glomeruläre Nephropathie (ausgenommen diabetisch)
<input type="checkbox"/>	Interstitielle Nephropathie (z. B. chronische Pyelonephritis, Analgetikanephropathie)
<input type="checkbox"/>	Andere Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Zystennieren
<input type="checkbox"/>	Unbekannt (kann nicht verwendet werden!!)

Nebendiagnosen

(mehrere Nennungen möglich)

<input type="checkbox"/>	Malignom (Diagnose < 5 Jahre)
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 2
<input type="checkbox"/>	Hypertonie
<input type="checkbox"/>	KHK
<input type="checkbox"/>	Erworbene Herzfehler
<input type="checkbox"/>	Weitere kardiale Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Cerebrovaskuläre Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Peri. art. Verschlusskrankheit (pAVK)
<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen:

Weitere Angaben zur/m Patient/in:

Nachname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
Krankenversicherungsnummer:	
Erste Dialyse im Leben:	
Erste Dialyse in unserem Zentrum:	
Körpergröße / Gewicht	
Telefonnummer:	
Blutgruppe:	
Allergien / Unverträglichkeiten:	