

ANSUCHEN UM DIALYSE WÄHREND DES URLAUBS

Familiennome _____ Vorname _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Wohnhaft in _____ Adresse _____

PLZ _____ Telefon _____ Cell. _____ E-mail _____

Code der Selbstbeteiligungsbefreiung _____

DATEN DES ZUSTÄNDIGEN ZENTRUMS

In Dialyse seit _____ Im Zentrum von _____

Tel. des Zentrums _____ Fax des Zentrums _____ E-mail _____

Behandelnder Arzt _____

E-mail des Arztes _____

Zeit des Urlaubs von _____ bis _____

Gewünschter Turnus ungerade gerade Vormittag Nachmittag

Adresse während des Urlaubs _____ Tel. _____

Bezugsperson während des Urlaubs _____

Geeignet für eine Behandlung mit CAD ja nein

Unterschrift und Stempel des Arztes _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERSATZBEHANDLUNG MIT HÄMODIALYSE IN EINEM DEZENTRIERTEN ZENTRUM

Der/die Unterzeichnete

erklärt von _____

klar und verständlich informiert worden zu sein und akzeptiert die Behandlung mit Hämodialyse im Hämodialysenzentrum in dezentrierter Betreuung in

Ich bestätige ausführliche Antworten auf alle meine Fragen erhalten zu haben.

Datum _____

Unterschrift des Patienten, Elternteils oder gesetzlichen Vertreters _____

Stempel und Unterschrift des Arztes.

DIALYSEFORMULAR / SCHEDA DIALITICA

Herr/Frau _____ geboren in _____ am
 //La Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____

mit chronischer Sekundär- Niereninsuffizienz
 affetto/a da *Insufficienza Renale Cronica secondaria* a _____

führt eine periodische hämodialytische Behandlung seit dem
 _____, *effettua trattamento emodialitico periodico dal* _____

In unserem Zentrum seit dem _____ mit
 , *presso il nostro Centro dal* _____ *con* _____

wöchentlicher Frequenz, für _____ Wochenstunden durch.
frequenza settimanale, per _____ *complessive ore settimanali.*

Art der Behandlung: _____ TURNUS DER DIAYSE:
Tipo di trattamento: _____ *TURNO DIALISI:* _____

Zusammensetzung der Lösung der Dialyse:
Composizione del liquido di dialisi:

HCO₃ _____ mmoi/L Na⁺ _____ mmoi/L K⁺ _____ mEq/L Ca⁺⁺ _____ mmoi/L

Blutfluss: _____ mi/min Fluss der Diayseflüssigkeit:
Flusso ematico: _____ *Flusso liquido di dialisi:* _____ ml/min

Filter:
Filtro: _____

Antiblutgerinnung: Keine
Anticoagulazione: *Nessuna*
 Eparina sodica
Eparina sodica

- dauernd: _____ UI/h
 - *continua:* _____

- wechselnd: zu Beginn _____ UI
 - *intermittente: iniziale* _____

- nach 2 Stunden _____ UI
 - *dopo 2 h* _____

EBPM - zu Beginn _____ mi
 - *iniziale:* _____

Gefäßzutritt: FAVI dx sn Doppelnadel Mononadel Nadel _____ G
Accesso vascolare: *doppio ago* *monoago* *Ago*

FAVI Prothesisch dx sn Doppelnadel Mononadel Nadel _____ G
FAVI protesica *doppio ago* *monoago* *Ago*

CVC jugular dx sn Doppellumen Monolumen
giugulare *doppio lume* *monolume*
 femoral dx sn Doppellumen Monolumen
femorale *doppio lume* *monolume*

Bestgewicht: _____ Kg Durchschnittliche interdialytische Zunahme _____ g
Peso Forma: _____ *Incremento medio interdialitico*

PA pre-HD: _____ PA pre-HD: _____

DIALYSEFORMULAR / SCHEDA DIALITICA

Klinische Probleme während der hämodialytischen Behandlung:

Problemi clinici durante il trattamento emodialitico: _____

Medikamentöse Therapie während der Dialyse:

Terapia farmacologica somministrata in dialisi: _____

Medikamentöse Heimbehandlung:

Terapia farmacologica domiciliare: _____

Besondere klinische Probleme:

Problemi clinici particolari: _____

Allergien und/oder Intolleranzen:

Allergie e /o intolleranze: _____

Letzte Blutuntersuchungen ausgeführt am:

Ultimi esami emotochimici eseguiti il _____

Hämogruppe <i>Emogruppo</i>	Rh	G6PDH	HBsAg	HBsAb	HCVAb	HIV1-2Ab
BUN _____ mg/dl	sCr _____ mg/dl	K ⁺ _____ mEq/L	Na ⁺ _____ mEq/L.	Ca _____ mg/dl	P _____ mg/dl	
Hb _____ g/dl		Hct _____ %	pH _____	Hco3 _____ mmol/L	EB _____ mmol/L	

Quartu Sant'Elena, _____

Mit freundlichen Grüßen
Cordiali saluti

NOTWENDIGE UNTERLAGEN

1. **Zertifikat der klinischen Stabilität** während der Hämodialyse.
2. Karteikarte, die alle wichtigen Angaben über die erfolgten Dialysebehandlungen im zugehörigen Zentrum, über die durchgeführte Behandlung während der Dialyse oder zu Hause enthält
3. Eine **klinische Zusammenfassung** die alle Basis-Nierenpathologien und alle wichtigen Ereignisse, die die vergangene pathologische Anamnese charakterisiert, enthält.
4. **Meldung aller eventuellen Allergien und/oder Intoleranzen** gegenüber Medikamenten oder dialytische Einrichtungen (Arten von Membranen, Sterilisationsmethoden Plastifikatoren, Zusätze, usw.)
5. **Kompletter kardiologischer Befund** mit Befund EKG und Echokardiographie, die nicht älter als 6 Monate vor der vorgesehenen Ankunft sein dürfen.
6. **Befund der viralen Marker** HBV, HCV, HIV deren Bewertung nicht älter als 3 Monate vor der vorgesehenen Ankunft sein darf.
7. **Entsprechende Korrektur der Anämie:** Werte des Hb größer als 10gr/dl mit Befund der mindestens 2 Wochen vor der Ankunft ausgeführt wurde.
8. **Zertifikat über einen leichten Gefäßzugang** der einen guten Fluss für eine entsprechende Dialyse garantiert und angibt, dass keine Infektionen vorhanden sind.
9. **Ein aktuelles RX des Brustkorbs**
10. **Fotokopie des Krankenversicherungsnachweises (oder europäische Krankenversicherungskarte für Staatsbürger der Europäischen Union mit entsprechendem Vermerk der Befreiung wegen Nierenschwäche).**
11. **Fotokopie eines Personalausweises.**
12. **Ärztliche Überweisung** (Krankenschein) für die verlangte Anzahl der programmierten Behandlungen mit spezifischer Angabe der verlangten Methode und der entsprechenden Nummer der Nomenklatur des Sanitätswesens (023).

Wie bekommt man die Ärztliche Überweisung? Nicht-italienische Staatsbürger können sich diese im ärztlichen Notdienst oder bei einem Hausarzt besorgen wenn sie die entsprechende Freistellungsnummer besitzen.

Was kostet es? (im Falle des Nicht-Besitzes der Freistellungsnummer) Die Selbstbeteiligungskosten betragen für 7 Behandlungen + Ausarbeitung des Dialyseprogramms € 46,15. Um zusätzliche Behandlungen durchzuführen muss man € 46,15 für jeden Krankenschein der von 1 bis 8 hämodialytische Behandlungen im Monat beinhaltet, bezahlen).

EINVERSTÄNDNIS ZUR BEHANDLUNG DER PRIVATEN DATEN

Der Unterzeichnete _____ als direkt Interessierter, oder

der/s Herrn/Frau _____

Nach Erhalt der Informationen vom Besitzer der Behandlung (nach Lesen der Informationsschrift) gibt seine Zustimmung zur Behandlung der persönlichen Daten für die oben in der Informationsschrift angegebenen Zwecke

Leserliche Unterschrift _____

15. Sie können in jedem Moment Ihr Recht gegenüber dem Inhaber der Behandlung, gemäß Art. 7 der Rechtsverordnung 196/2003 (die wir im Folgenden komplett wiedergeben) geltend machen indem Sie an die KINETIKA SARDEGNA S.r.l., Verwaltungsdirektion, Viale Marconi, 160 – 09045 Quartu Sant'Elena schreiben, oder indem Sie . an folgende Adresse eine E-Mail privacy@kinetikasardega.it senden.

Gesetzesverordnung Nr. 196/2003 Art. 7 – Recht zum Zutritt zu persönlichen Daten und anere Rechte.

Der Artikel 7 der Gesetzesverordnung 196/2003 gibt jedem Betroffenen einige spezifische Rechte, die auch mittels eines Beauftragten der schriftlich vom Betroffenen delegiert wurde, ausgeübt werden können und außerdem, im Falle des Todes desselben, von dem der, der persönlich daran interessiert ist oder der den Betroffenen schützen will oder aus familiären Gründen einen Schutz verdient.

1. Der Betroffene hat das Recht zu erfahren ob oder nicht persönliche Daten existieren die ihn betreffen, auch wenn sie noch nicht registriert sind und ihre verständliche Bekanntgabe.

2. Der Betroffene hat das Recht, folgende Angaben zu erhalten: a) Ursprung seiner persönlichen Daten; b) Zweck und Art der Behandlung; c) die verwendete Logik im Falle einer Behandlung mit Hilfe elektronischer Mittel; d) Identifizierung des Inhabers, des Verantwortlichen und des Vertreters der gemäß Art. 5, Komma 2 designiert ist; e) Personen oder Kategorien von Personen denen die persönlichen Daten übermittelt werden können oder die sie als Vertreter auf dem Staatsgebiet, von Verantwortlichen oder Beauftragten delegiert ist. erfahren können.

3. Der Betroffene hat das Recht zu erhalten: a) die Aktualisierung, die Korrektur oder, wenn er daran interessiert ist, die Integration der Daten; b) die Löschung, die Umwandlung in anonyme Form oder die Blockierung der Daten die nicht rechtmäßig behandelt wurden, inklusive deren, deren Konservation in Bezug auf die Zwecke für die sie gesammelt wurden oder danach behandelt wurden; c) die Bestätigung, dass die Handlungen die unter den Buchstaben a) und b) angegeben sind, bekanntgemacht wurden, auch bezüglich ihres Inhalts, an jene, an die die Daten bekanntgemacht oder verbreitet wurden, ausgenommen im Fall, in dem sich diese Handlung als unausführbar erweist oder die Verwendung von klar unproportionierten Mitteln gegenüber dem Recht, das geschützt wird, mit sich bringen würde.

4. Der Betroffene hat das Recht sich ganz oder in Teil a) aus rechtmäßigen Motiven der Behandlung der persönlichen Daten die ihn betreffen zu widersetzen auch wenn sie noch dem Zweck der Sammlung der Daten entsprechen; b) aus rechtmäßigen Gründen bezüglich der Behandlung der persönlichen Daten die ihn betreffen zum Zweck der Übermittlung von Reklamematerial oder des direkten Verkaufs oder um Marktforschung oder kommerzielle Mitteilungen zu betreiben.

Quartu Sant'Elena 01.09.2014

Der Inhaber der Behandlung – Kinetika Sardegna S.r.l.

Unterschrift des Geschäftsführers