



HOLIDAY DIALYSIS REQUEST/ SOLICITUD DE DIÁLISIS EN VACACIONES/ FERIENDIALYSEANFRAGE

(to be completed by doctor or dialysis unit staff / (para completar por el doctor o por el personal de la unidad de diálisis) / (von Arzt oder Personal im Dialysezentrum auszufüllen)

Please fill in CAPITAL LETTERS/ LETRAS MAYÚSCULAS/ GROSSBUCHSTABEN

PERSONAL DETAILS/ DATOS PERSONALES/ ANGABEN ZUR PERSON:

Title/ Título / Anrede: _____

Mr./Mrs./Ms. _____ / Sr./Sra./Srta. _____ / Herr/Frau _____

Name/ Nombre / Vorname: _____

Surname/ Apellidos / Nachname: _____

Date of birth/ Fecha de nacimiento / Geburtsdatum: ____/____/____

Language/ Idioma / Sprache: _____

Home or postal address/ Domicilio o dirección postal / Wohn- oder Postanschrift:

Tel.: _____

Contactable relative/ Pariente de contacto / Ansprechpartner im Notfall: _____

Relationship/ Relación / Beziehung: _____ Tel.: _____

Arrival date on vacation/ Fecha de llegada de vacaciones/ Ankunftsdatum am Urlaubsort:

Departure date/ Fecha de salida / Abreisedatum: _____

Preferred treatment dates & time/ Fechas y horario preferidos para el tratamiento/ Bevorzugte Daten und Uhrzeiten für die Behandlung: _____

Any attending person with the patient?/ ¿Asistirá alguien con el paciente?/ Hat der Patient eine(n) Begleiter/-in? _____

His/her language?/ ¿Cuál es su idioma?/ Seine/ihre Sprache? _____

Address while on vacation/ Dirección durante las vacaciones/ Anschrift am Urlaubsort:

**Please attach the Itinerary, if the patient stays at more than one place/ *Adjunte el itinerario si el paciente tiene varios destinos/ *Bitte Reiseroute beifügen, wenn sich der Patient an mehr als einem Ort aufhält*



Reservation name or number (if hotel)/ Nombre o número de la reserva (en caso de hotel)/
Buchungsname oder -nummer (falls Hotelaufenthalt):

Telephone number while on holiday/ Número de teléfono durante las vacaciones/
Kontaktnummer, während Sie im Urlaub sind: _____

**Please fill in detail, because this is especially important in case of any needs to contact the patient while on holiday/ *Añada todos los detalles, ya que esta información es especialmente importante si se necesita contactar con el paciente durante las vacaciones/ *Bitte angeben, da dies äußerst wichtig ist, um den Patienten gegebenenfalls im Urlaub erreichen zu können*



Name and address of your dialysis unit at home/ Nombre y dirección de su unidad de diálisis local/ Name und Adresse Ihres Dialysezentrums in der Heimat:

Nephrologist/ Nefrólogo/ Nephrologe: Dr. _____

Tel.: _____ Fax.:/ _____

Cause of renal failure/ Causa del fallo renal/ Ursache des Nierenversagens:

Other medical problems/ Otros problemas médicos/ Sonstige gesundheitliche Probleme:

On dialysis treatment since/ En tratamiento de diálisis desde/ Dialysebehandlung seit:

_____ / _____ / _____

BLOOD TEST-SEROLOGY/ ANÁLISIS DE SANGRE SEROLÓGICO/ BLUTTEST-SEROLOGIE:

Hepatitis B (HBSAg): Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBSAb): Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Hepatitis B (HBcAb): Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Hepatitis C(HCV) o:Neg./Pos./ Hepatitis C (HCV) o:Neg./Pos. / Hepatitis C(HCV): Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Hepatitis C RNA-PCR HVC: Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

HIV: Neg./Pos./ VIH: Neg./Pos. / HIV: Neg./Pos. _____ on/ el / am _____ / _____ / _____



MRSA Swabs :/ Hisopo de MRSA: / MRSA-Abstriche:

Nose: Neg./Pos./ Nariz: Neg./Pos. / Nase: Neg./Pos. _____ on/ el / am __ /__ / ___-

Groin : Neg./Pos./ Ingle: Neg./Pos. / Leiste: Neg./Pos. _____ on/ el / am __ /__ / ___-

Throat: Neg./Pos. / Garganta: Neg./Pos. / Rachen: Neg./Pos. ___ on/ el / am __ /__ / ___-

Any wounds: Neg./Pos./ Posibles heridas: Neg./Pos./ Wunden: Neg./Pos. _____
on/ el / am __ /__ / ___-

Hb: g/dl/ Hgb: g/dl / Hb: g/dl _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Urea: mgs/dl/ Urea: mgs/dl / Harnstoff: mg/dl _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

K: mEq/L: _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Calcemia: mgs/dL: / Calcemia: mgs/dL: / Calcämie: mg/dl: _____
on/ el / am _____ / _____ / _____

Fosfatemia: mgs/dL:/ Fosfatemia: mgs/dL: / Phosphatämie: mg/dl: _____
on/ el / am _____ / _____ / _____

ALT: UI / ALT: UI / ALT: UI _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

AST: UI / AST: UI / AST: UI _____ on/ el / am _____ / _____ / _____

Please include copies of lab latest Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, HIV and MRSA blood test results./ Incluya copias de los resultados de los últimos análisis de sangre de Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS e AntiHBC), C, VIH y MRSA. / Kopien der Ergebnisse des letzten Bluttests auf Hepatitis B (HbsAg, AntiHBS und AntiHBC), C, HIV und MRSA bitte beifügen.

Known allergies/ Alergias conocidas / Bekannte Allergien:



DIALYSIS DETAILS/ DETALLES DE LA DIÁLISIS / ANGABEN ZUR DIALYSE

Type/ Tipo / Typ: HD: _____ HDF-ONLINE:/ HDF EN LÍNEA: / ONLINE-HDF: _____

Dialysis duration/ Duración de la diálisis / Dialysedauer: _____ hours/ horas / Stunden

Frequency/ Frecuencia / Häufigkeit: _____ / week / semana / pro Woche

Access type/ Tipo de acceso / Zugangsart:

1) AV fistula /Graft/ Fístula arteriovenosa/injerto / AV-Fistel/Gefäßprothese _____
Left/ Izquierdo / Links _____ Right/ Derecho / Rechts _____
Needle size/ Calibre de la aguja / Größe der Nadel: _____
gauge/ calibre / Durchmesser

2) Permanent catheter/ Catéter permanente / Dauerkatheter: _____
Heparin lock volume/ Volumen de sello de heparina / Volumen der Heparinsperre
A _____ ml V _____ ml

Dialyser/ Dializador/ Dialysator: _____

Dialysate flow/ Flujo de líquido de diálisis / Dialysatfluss: _____

Dialysate/ Líquido de diálisis / Dialysat: K _____ Ca _____ Na _____

Low molecular weight heparin/ Peso molecular de heparina bajo / Niedermolekulares Heparin:

Generic name/ Nombre genérico / Generischer Name: _____

dose/ dosis / Dosis: _____

Or/ O / Oder

Sodium heparin/ Heparina sódica / Natriumheparin:

Initial bolus/ Bolo inicial / Erstbolus: _____ u / u / Einheiten;

Hourly/ Por hora / Stündlich: _____ u

Continuously/ De forma continua / Kontinuierlich _____ u / u / Einheiten /hour/
hora / Stunde

Blood flow/ Flujo sanguíneo / Blutfluss: _____ ml/min

Average intake on dialysis/ Promedio de dosis de diálisis / Durchschnittliche Aufnahme
während der Dialyse: _____ ml

Height/ Altura / Größe: _____ mt/m /m Weight/ Peso / Gewicht: _____ kg

Dry weight/ Peso seco / Trockengewicht: _____ kg

Avg interdialytic gain/ Ganancia de peso interdialítica / Durchschn. interdialytische
Gewichtszunahme: _____ kg

Blood Pressure/ Presión arterial / Blutdruck: pre/ antes / Prä _____/_____
post/ después / Post _____/_____



DIALYSIS PROBLEMS/ PROBLEMAS DE DIÁLISIS / PROBLEME BEI DER DIALYSE:

Hypotension/ Hipotensión / Hypotonie _____ Cramps/ Calambres / Krämpfe
_____ Other/ Otro / Sonstige _____

Last results for dialysis adequacy/ Últimos resultados de aptitud de la diálisis / Letzte
Ergebnisse für Dialyseadäquanz:

Kt/V _____ or/ o / oder URR _____
Date/ Fecha / Datum: _____/_____/_____

**Current medication/ Medicación actual / Aktuelle Medikation: (please include brand
names and generic names of drugs/ (incluya nombres de marcas y nombres
genéricos de medicamentos)/ (bitte Markennamen und generischen Namen der
Arzneimittel angeben)**

EPO: dose/ dosis / Dosis _____ frequency/ frecuencia / Häufigkeit _____

Antihypertensives/ Antihipertensivos / Antihypertonika: _____

Phosphate binders/ Aglutinantes de fosfato / Phosphatbinder: _____

Other/ Otro / Sonstige:

History and Physicals-Special Requirements/ Requisitos especiales históricos y físicos/
Krankengeschichte und Untersuchungen-Besondere Anforderungen:



EHIC card/ Tarjeta sanitaria europea / EKVK:

- No/ No/ Nein
- Yes/ Sí/ Ja

EHIC N°:/ N.º TSE:/ EKVK Nr.: _____

Other relevant information e.g medical insurance details/ Otra información relevante, p. ej., detalles del seguro médico / Sonstige wichtige Informationen, z. B. Angaben zur Krankenversicherung:

Transplant List/ Lista de trasplantes / Transplantationsliste:

since/ desde / seit: _____ / _____ / _____

N.B. This form has to be filled in in every part, if not, receiving holiday nephrologist could deny the booking, being important information on the dialysis performed by travelling patient missing/ N.B. Este formulario debe rellenarse entero, de lo contrario, el nefrólogo que le atienda durante las vacaciones puede negarse a la consulta, ya que faltaría información importante sobre la diálisis realizada en un paciente de viaje/ Hinweis: Dieses Formular muss vollständig ausgefüllt werden. Andernfalls kann der Nephrologe am Urlaubsort die Buchung ablehnen, da wichtige Informationen zur Dialysebehandlung des Feriendialysepatienten fehlen

**Doctor/ Sr. in charge/ Doctor/Sr. al cargo/
Behandelnder Arzt**

Place, Date/ Lugar, fecha / Ort, Datum

Signature/ Firma / Unterschrift
