
Ev. komplikationer under dialysbehandlingen:

Vanliga åtgärder/behandling: _____

Övriga upplysningar av intresse:

Kopior som mottagande enhet önskar skickas/faxas:

- Läkemedelslista
- Behandlingsprotokoll
- Lab.lista
- Lab.svar. HbsAg / HCV / HIV / MRSA / VRE / ESBL
- Journalanteckning
- Omvårdnadsanteckning
- Ansvarsförbindelse för hem-hd-patient/självdialyspatient
- Patienten har frikort - giltigt till och med: _____

Önskade behandlingsdatum:

Patientens vistelseadress och telefon under gästdialysperioden:

Dialysavdelning: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____

Faxnr: _____

Telefon till sjukhusväxeln där njurjour kan nås: _____

Sänd: sign. och datum _____