



---

---

---

**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 \_\_\_\_\_